Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle

Rapport du groupe d'experts

Santé Canada

et

la Coalition nationale pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle

Le 31 janvier 2000

REMERCIEMENTS

Malgré la création de la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle (Coalition) par Santé Canada en 1984 et en dépit de la participation de toutes les parties intéressées, les succès remportés dans la lutte contre ce tueur silencieux ont été minimes. L'analyse réalisée en 1996 a fait ressortir la nécessité d'une évaluation critique de la situation.

Cet exercice a mené à l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension qui a été adoptée d'emblée par la Coalition. À l'automne 1996, on a mis sur pied un groupe d'experts qui a accepté de définir cette stratégie. Chacun des membres du groupe d'experts a travaillé d'arrache-pied pour développer la stratégie, qui est fondée sur des preuves scientifiques, en apportant des contributions importantes à son contenu et en participant aux nombreuses révisions.

Nous souhaitons témoigner notre reconnaissance au D[r] Paula Stewart qui a fait la synthèse de l'information issue des délibérations du groupe d'experts pour formuler le document stratégique définitif. Nous avons apprécié sa patience et son interaction constante avec les membres du groupe d'experts pour bien saisir les idées et les nuances afin que cette stratégie soit réalisable. Nous ne saurions passer sous silence le soutien apporté par M[me] Jackie Kierulf qui a effectué des recherches préliminaires.

Cette stratégie a été élaborée conjointement par Santé Canada (par l'entremise de la Division de la santé des adultes, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé et du Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé) et la Coalition. C'est largement grâce au soutien financier du Fonds pour la santé de la population de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé de Santé Canada que nous avons pu élaborer et achever cette stratégie dans les délais prévus.

La stratégie a été revue par les 34 organisations membres de la Coalition. Elle a maintenant été soumise à l'examen du Conseil des médecins hygiénistes en chef pour le Canada (CMHCC).

Bien que la stratégie soit maintenant prête, son plein potentiel ne pourra être réalisé que si nous parvenons à mettre en œuvre les mesures proposées. Les travaux viennent à peine de commencer et nous devrons compter sur la participation de toutes les parties intéressées.

Dans l'ensemble, bien que le défi fût de taille, la production de cette stratégie a été une expérience des plus satisfaisantes et agréables. Pour ma part, j'ai apprécié d'avoir la chance de présider le groupe d'experts. Je souhaite remercier chaque membre du groupe de travail, en particulier le D[r] Paula Stewart et M[me] Jackie Kierulf, pour leur contribution à la préparation de cette stratégie.

Arun Chockalingam, M.S., Ph.D., FACC

Division de la santé des adultes, DGPPS Santé Canada

Président, Groupe d'experts

GROUPE D'EXPERTS NATIONAL SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

D[r] Arun CHOCKALINGAM, Santé Canada, DGPPS, Division de la santé des adultes (Président)

D[r] Norman CAMPBELL, président sortant, Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle

D[r] Maureen CAREW, Santé Canada, Bureau des maladies cardiovasculaires

D[r] Véronique DÉRY, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

D[r] Rémi GUIBERT, Université McGill

D[r] David MACLEAN, Université Dalhousie

D[r] Andres PETRASOVITS, Santé Canada, DGPPS, Division de la santé des adultes

D[r] Robert PETRELLA, secrétaire, Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle

M[me] Vivian RAMSDEN, Saskatchewan Stroke Research Centre

D[r] Terrence RUDDY, président, Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle

D[r] Gregory TAYLOR, Santé Canada, LLCM

D[r] Elinor WILSON, Fondation des maladies du cœur du Canada

Maître-d'œuvre du projet

D[r] Paul Stewart, Community Health Consulting

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 3

GROUPE D'EXPERTS NATIONAL SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE 4

TABLE DES MATIÈRES 5

LISTE DES TABLEAUX 7

LISTE DES FIGURES 7

INTRODUCTION 9

Initiatives antérieures 11

GÉNÉRALITÉS 14

Définition 14

Ampleur du problème de l'hypertension artérielle dans la population 15

Liens entre l'hypertension artérielle et les problèmes de santé 19

Prévention de l'hypertension 26

Contrôle de l'hypertension artérielle 43

Appui au système 63

AUTRES PROGRAMMES NATIONAUX DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE 70

DESCRIPTION D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE 76

Introduction 76

Principes qui sous-tendent la stratégie 76

103-01991/

Objectifs de santé 79

Résultats des programmes 80

Stratégies 83

MISE EN ŒUVRE : 87

RECOMMANDATIONS 87

BIBLIOGRAPHIE 89

ANNEXE A 94

Activités pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle au Canada 94

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Proportion des hommes et des femmes ayant indiqué avoir reçu un diagnostic d'hypertension artérielle de leur médecin, selon l'âge et le sexe, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1996. 17

Tableau 2. Facteurs de risque d'hypertension 27

Tableau 3 Prévalence des facteurs de risque chez les Canadiens âgés de 12 ans et plus, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994 et 1996. 34

Tableau 4 Proportion des participants hypertendus qui ignoraient leur état, Enquête sur la santé cardiovasculaire, Canada, 1986-1990. 47

Tableau 5 Prévalence du contrôle de la tension artérielle chez les gens hypertendus, Canada, 1985-1990. 58

Tableau 6 Objectifs de santé 79

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Proportion des hommes ayant reçu un diagnostic d'hypertension, selon l'âge, Canada, 1994-1996 18

Figure 2 : Proportion des femmes ayant reçu un diagnostic d'hypertension, selon l'âge, Canada, 1994-1996. 18

Figure 3 : Mortalité dans le temps, deux sexes confondus, tous âges, Canada, 1985-1995. (Taux ajustés selon l'âge par 100 000 personnes des deux sexes, Canada, 1991) 20

Figure 4 : Taux de mortalité brut pour les maladies cardiovasculaires, par sexe, tous âges, Canada, 1995. 20

Figure 5 : Années potentielles de vie perdues avant l'âge de 65 ans par maladie et par sexe, Canada, 1996. 21

Figure 6 : Diagnostics-congés dans le temps, deux sexes confondus, tous âges, Canada, 1985-1994. (Ajustés selon l'âge pour les deux sexes, Canada, 1991) 22

Figure 7 : Diagnostics-congés pour un infarctus aigu du myocarde par groupe d'âge et par sexe, Canada, 1994. 23

Figure 8 : Diagnostics-congés par groupe d'âge et sexe, cardiopathie ischémique, Canada, 1994 23

Figure 9 : Diagnostics-congés, par groupe d'âge, insuffisance cardiaque globale, Canada, 1994 24

Figure 10 : Diagnostics-congés, par groupe d'âge, accident vasculaire cérébral, Canada, 1994. 24

Figure 11 : Proportion des hommes faisant de l'embonpoint (IMC 25-27) ou obèses (IMC > 27), par âge, Canada, 1996. 35

Figure 12 : Proportion des femmes faisant de l'embonpoint (IMC 25-27) ou obèses (IMC > 27), par âge, Canada, 1996. 35

Figure 13 : Proportion des hommes sédentaires selon le niveau d'activité et l'âge, Canada, 1994 et 1996. 36

Figure 14 : Proportion des femmes sédentaires selon le niveau d'activité et l'âge, Canada, 1994 et 1996. 36

Figure 15 : Proportion des hommes qui boivent 14 consommations ou plus par semaine, par âge, Canada, 1996. 37

Figure 16 : Proportion des femmes qui boivent 9 consommations ou plus par semaine, par âge, Canada, 1996. 37

Figure 17 : Proportion de la population qui a fait mesurer sa tension artérielle, selon le délai écoulé depuis la dernière mesure, Canada 1996. 48

Figure 18 : Proportion des femmes qui ont fait mesurer leur tension artérielle, par âge, Canada 1996. 49

Figure 19 : Proportion des hommes qui ont fait mesurer leur tension artérielle, par âge, Canada 1996. 50

Figure 20 : Proportion des hypertendus diagnostiqués par un professionnel qui suivent un traitement antihypertenseur, selon l'âge et le sexe, Canada, 1996. 58

Figure 21 : Proportion des hypertendus traités par un professionnel recevant une pharmacothérapie antihypertensive, selon l'âge et le sexe, Canada, 1996. 59

Figure 22 : Parmi les hypertendus traités par un professionnel et recevant un traitement, proportion qui suit une diète pour l'hypertension, selon l'âge et le sexe, Canada, 1996. 59

Figure 23 Éléments du système de surveillance 66

Figure 24 Programme canadien de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle 86

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle représente l'un des problèmes de santé les plus répandus et les plus importants au Canada. Il s 'agit de l'un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux et d'insuffisance rénale. Les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux sont responsables de 37 % de tous les décès[1]. Les taux de mortalité liés aux maladies cardiovasculaires et aux accidents vasculaires cérébraux ont chuté au cours des quelques dernières années. Cette baisse semble attribuable à divers facteurs, dont une diminution du tabagisme et de la consommation de sel et une amélioration des traitements. Néanmoins, avec le vieillissement de la population canadienne, les décès imputables à ces deux maladies augmenteront à moins que d'autres mesures de prévention soient mises en œuvre immédiatement.

La prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle auraient des répercussions considérables sur la santé et la qualité de vie de même que sur le taux d'incapacité et de mortalité des Canadiens. Ils permettraient également de réduire les dépenses engagées pour soigner ces maladies.

Dans le présent rapport, nous examinerons les données scientifiques sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle, ferons la synthèse des mesures en cours à l'heure actuelle et recommanderons un plan stratégique pour améliorer la situation au Canada. Le plan définira des objectifs en ce qui concerne la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle au Canada, les changements qui devront être apportés si nous voulons atteindre ces objectifs de même que les stratégies qui nous permettront de réaliser ces changements. Bien que l'accent soit placé sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle, il est important d'intégrer cette initiative à une stratégie globale de prévention des accidents vasculaires cérébraux et des maladies cardiovasculaires.

La stratégie proposée est fondée sur une approche axée sur la santé de la population dont l'objectif consiste à faire en sorte que les ressources engagées permettent d'obtenir une réduction optimale de la mortalité et la morbidité dues à l'hypertension artérielle dans l'ensemble de la population[2,3]. Une approche axée sur la santé de la population aide à définir les mesures qui doivent être prises pour promouvoir la santé et la façon de mettre en œuvre ces mesures, en plus de déterminer si les résultats escomptés ont été atteints.

---

[1] Fondation des maladies du cœur du Canada. Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada. 1997.

[2] Santé Canada. *Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population – Rapport final.* 1994.

[3] Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. BMJ 1981;282:1847-51.

Dans une approche semblable, certaines interventions s'adressent aux individus, d'autres, au milieu dans lequel ils vivent et, d'autres encore, au système de santé, l'idée étant de faire en sorte que les interventions soient à la fois efficaces et rentables. Certaines des interventions individuelles auront lieu dans un cadre clinique alors que d'autres se dérouleront dans le milieu de travail, à l'école ou dans la communauté. Une analyse des besoins des divers sous-groupes dans la population permet de faire en sorte que les programmes seront adaptés aux caractéristiques diverses comme l'âge, le revenu, le niveau d'instruction, la langue et la culture.

Initiatives antérieures

En 1986, le rapport du groupe de travail fédéral-provincial[4] recommandait quatre stratégies principales pour la prévention et le contrôle de l'hypertension au Canada :

- Éducation de l'ensemble de la population ainsi que des professionnels de la santé et des patients.
- Création d'un système pour reconnaître les personnes atteintes d'hypertension artérielle et les inciter à se faire soigner.
- Mise en œuvre d'une approche multidimensionnelle de la surveillance.
- Élaboration d'un système qui permettra de faire en sorte que les personnes atteintes d'hypertension recevront des soins continus grâce à des systèmes de suivi et de rappel et d'autres mécanismes pour les aider à observer leur traitement.

Le groupe de travail a recommandé l'élaboration d'un ensemble de stratégies et d'une variété de programmes uniques qui seraient adaptés aux besoins de diverses communautés particulières d'un bout à l'autre du pays mais feraient partie d'un cadre commun. Deux stratégies connexes ont été recommandées pour promouvoir la coopération entre les diverses parties du système de santé :

- Création d'un mécanisme de coordination et d'échange d'information.
- Obtention de l'information et de la base de données requises pour la planification, l'élaboration et l'évaluation des programmes.

Depuis la publication de ce rapport, il y a eu plusieurs initiatives de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle, notamment :

- Formation de la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle comptant des membres issus d'organisations professionnelles, du gouvernement, de l'industrie et d'organisations bénévoles.[5]

---

[4] Canada. Santé et Bien-être social Canada. Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle de l'hypertension au Canada. *Prévention et contrôle de l'hypertension au Canada.* 1986.

- L'atelier sur « l'épidémiologie de l'hypertension au Canada » tenu à Montréal en 1989.[6]
- Les « enquêtes sur la santé cardiovasculaire » qui ont eu lieu dans chaque province entre 1989 et 1992 pour déterminer la prévalence et le contrôle de l'hypertension artérielle, de même que la sensibilisation de la population.[7]
- Les « projets pilotes sur la santé cardiovasculaire » qui se sont déroulés dans la plupart des provinces.
- Les protocoles d'accord sur des recommandations pour le traitement pharmacologique de l'hypertension artérielle et la modification des habitudes de vie afin d'orienter la prise de décisions cliniques.[8]
- La publication de lignes directrices sur le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique.[9]

En dépit de toutes ces initiatives, l'hypertension artérielle continue d'être l'un des principaux problèmes de santé au Canada.

D'autres pays ont également défini l'hypertension artérielle comme l'un des grands problèmes de santé auxquels il faut s'attaquer. L'Organisation mondiale de la Santé a créé un comité d'experts sur la lutte contre l'hypertension en 1994[10]. Ce comité a recommandé que : « tous les pays se donnent comme objectif à long terme d'éliminer les maladies cardio-vasculaires évitables chez les jeunes et

---

[5] *Progress in Hypertension Control. Proceedings of the 9th Annual Scientific Meeting of the Canadian Coalition of High Blood Pressure Prevention and Control.* Suppl. 2. 1994; Revue canadienne de santé publique, 1994; S1 p.

[6] *Compte rendu de l'atelier sur l'épidémiologie de l'hypertension au Canada*, Montréal, les 1er et 2 mars 1989.

[7] Joffres MR, Ghadirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamep P. *Awareness, treatment, and control of hypertension in Canada*, Amer J Hypertens 1997;10:1097-102.

[8] Ogilvie RI, Burgess ED, Cusson JR, Feldman RD, Leiter LA, Myers MG. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 3. *Pharmacologic treatment of essential hypertension.* Journal de l'Association médicale canadienne 1993;149(5):575-584.

[9] Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive.* Groupe Communication Canada, Ottawa, Canada 1994; 721-735, 1066-1076.

[10] Organisation mondiale de la Santé (OMS), Comité d'experts sur la lutte contre l'hypertension : *La lutte contre l'hypertension : Rapport d'un comité OMS d'experts.* OMS, 1996. 75,79.

les personnes d'âge moyen et de les réduire sensiblement chez les personnes âgées. Pour cela, le Comité d'experts recommande d'inscrire les programmes de lutte contre l'hypertension dans le cadre d'une stratégie globale de réduction du risque cardio-vasculaire total ». « Une stratégie globale de prévention des complications associées à l'hypertension artérielle devrait prévoir à la fois :l'identification précoce et le traitement efficace des malades atteints d'hypertension et des mesures visant à réduire les chiffres tensionnels dans l'ensemble de la population. »

GÉNÉRALITÉS

Définition

La pression artérielle suit une distribution normale dans la population et il n'existe pas de séparation réelle entre normotension et hypertension.[11] En général, plus la tension artérielle est élevée, plus le risque de problèmes de santé est grand. Il est difficile d'établir un seuil absolu au-delà duquel le risque augmente parce que le risque est continu. À des niveaux tensionnels plus bas, la présence d'autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, comme le tabagisme, font augmenter le risque de maladie.

En général, l'hypertension artérielle est définie comme une tension diastolique au repos égale ou supérieure à 90 mm Hg après des mesures répétées ou une tension systolique égale ou supérieure à 140 mm Hg[12]. Des études épidémiologiques ont mis en évidence un lien entre ces valeurs et un risque accru de maladies cardiovasculaires, et l'abaissement de la tension artérielle en deçà de ces valeurs est associé à une diminution du risque de maladie.[13]. Il est important de mesurer la tension artérielle à plusieurs reprises sur une période de six mois parce que l'élévation des chiffres tensionnels peut être un phénomène transitoire[14].

La distribution normale étendue de la tension artérielle dans la population a des conséquences importantes pour la prévention et le contrôle de l'hypertension. Premièrement, il est important de réduire la tension artérielle de l'ensemble de la population ainsi que chez les personnes qui ont les niveaux tensionnels les plus élevés. S'il est vrai que le risque est beaucoup plus grand dans ce dernier groupe, il reste qu'on trouve un grand nombre d'autres personnes dans la population qui appartiennent à des catégories de risque plus faible. Par conséquent, la plupart des maladies liées à l'hypertension surviennent chez des gens dont la tension artérielle est considérée comme limite ou légèrement élevée[15]. Deuxièmement, quels que soient les seuils utilisés pour le diagnostic de l'hypertension artérielle, on trouvera toujours des personnes dont les chiffres tensionnels sont inférieurs à ces seuils mais qui sont à risque accru de maladies cardiovasculaires. Si l'on décide de

---

[11] OMS : 862.

[12] Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique : 720-733.

[13] Ibid.

[14] Ibid.

[15] Cook N, Cohen J, Hebert P, Taylor J, Henekens C. *Implications of small reductions in diastolic pressure for primary prevention.* Arch Intern Med 1995;155-701-9.

s'attaquer aux facteurs de risque de l'hypertension artérielle dans l'ensemble de la population, on ne pourra pas négliger ces personnes.

Ampleur du problème de l'hypertension artérielle dans la population

Des enquêtes sur la santé cardiovasculaire ont été réalisées parmi les adultes âgés de 18 à 74 ans dans chaque province à la fin des années 1980 et au début des années 1990[16]. Celles-ci prévoyaient la mesure de la tension artérielle à deux reprises au domicile des participants, suivie de deux mesures en clinique pour les personnes dont le résultat à domicile indiquait qu'elles étaient hypertendues. Les responsables des enquêtes ont utilisé la moyenne des quatre résultats pour classer le participant comme hypertendu ou normotendu.

D'après les résultats des enquêtes sur la santé cardiovasculaire, on estime que 22 % des Canadiens d'âge adulte – 26 % des hommes et 18 % des femmes – sont hypertendus. Il pourrait s'agir d'une surestimation du problème parce que les mesures n'ont pas été prises sur une période de six mois, qui est la période suggérée pour poser le diagnostic d'hypertension artérielle.

Les estimations internationales de la prévalence de l'hypertension artérielle se situent généralement entre 10 et 20 %[17]. Il est cependant difficile d'effectuer des comparaisons entre les pays en raison des différences dans les méthodologies utilisées et les paramètres diagnostiques mesurés. Certains pays définissent l'hypertension artérielle comme une tension systolique de 160 mm Hg.

Dans les enquêtes sur la santé cardiovasculaire, 13 % de la population avait reçu un diagnostic d'hypertension artérielle[18]. De ce nombre, 28 % des participants étaient traités et leurs chiffres tensionnels s'étaient normalisés, 40 % étaient traités mais leur hypertension n'était pas contrôlée et, enfin, 33 % n'étaient pas traités et leur tension était trop élevée.

La Nouvelle-Écosse est la seule province qui a répété l'enquête sur la santé cardiovasculaire[19]. Les résultats ont montré une amélioration, ou une réduction, de la prévalence de l'hypertension artérielle

---

[16] Joffres *et al.*

[17] OMS, p. 17.

[18] Joffres *et al.*

[19] Province of Nova Scotia, Hearth Health Nova Scotia. *The Nova Scotia Health Survey 1995*. Nova Scotia, 1996.

dans la population. En 1995, 22 % des habitants présentaient une hypertension ou étaient traités pour l'hypertension comparativement à 26 % en 1986 ($p \leq 0,05$). Les taux chez les femmes s'établissaient à 25 % en 1995 comparativement à 29 % en 1986, et à 19 % et 23 %, respectivement, chez les hommes.

Les Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) menées en 1994 et 1996 fournissent des données additionnelles au sujet de la prévalence de l'hypertension artérielle diagnostiquée par un médecin[20]. En 1994 et 1996, 9 % et 10 % de la population âgée de 12 ans et plus avait reçu un diagnostic d'hypertension artérielle. Ces chiffres correspondent au taux de 13 % relevé dans les enquêtes sur la santé cardiovasculaire réalisées à la fin des années 80, même si la plage d'âges était légèrement différente (18 à 74 ans).

La proportion de femmes et d'hommes hypertendus variait de façon considérable selon l'âge (tableau 1, figures 1 et 2). En 1996, 28 % des hommes âgés de plus de 65 ans avaient reçu un diagnostic d'hypertension artérielle. Cette proportion s'établissait à 36 % chez les femmes appartenant au même groupe d'âge. Vers le milieu de l'âge adulte (45 à 64 ans), 15 % des hommes et 18 % des femmes étaient hypertendus. Si les femmes affichent un taux supérieur, c'est peut-être en partie parce qu'elles font plus souvent l'objet d'un dépistage que les hommes (voir figures 18 et 19, page xx).

Des données américaines récentes indiquent que la prévalence de l'hypertension dans la population autochtone se situerait entre 27 % et 56 %[21]. Les chercheurs ont établi un lien entre l'hypertension et une incidence accrue de diabète, d'obésité et de tabagisme dans les populations autochtones.[22,23]. Divers facteurs pourraient contribuer à la prévalence élevée de l'hypertension, par exemple :

- les schémas thérapeutiques actuels pourraient ne pas être adaptés à la réalité culturelle,
- la nécessité d'information additionnelle et d'une meilleure compréhension de l'hypertension,
- les négociations avec l'intéressé au sujet du traitement pourraient être inefficaces, ou

---

[20] United States. Laboratory Centre for Disease Control. *Using National Population Health Surveys 1994-95, 96-97:* Health Share file.

[21] Howard BV. *Blood pressure in 13 American Indian Communities: The Srong Heart Study.* Public Health Reports, 1996, 111 (Suppl 2):47-48.

[22] McIntyre L & Shah CP. *Prevalence of hypertension, obesity and smoking in three Indian communities in Northwestern Ontario.* Journal de l'Association médicale canadienne, 134(4), 345-349.

- étant donné que le suivi est plus difficile chez les membres des Premiers Nations, ce suivi est peut-être négligé.

Il faudrait continuer de déployer des efforts en vue de dépister et de traiter l'hypertension dans les populations autochtones comme dans les autres groupes[24,25], mais ces efforts doivent être adaptés à la réalité culturelle de ces populations[26,27].

Tableau 1. Proportion des hommes et des femmes ayant indiqué avoir reçu un diagnostic d'hypertension artérielle de leur médecin, selon l'âge et le sexe, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1996.

Groupe d'âge	1994	1996
Ensemble	9 %	10 %
25 à 44 ans	3 % hommes, 3 % femmes	3 % hommes, 3 % femmes
45 à 64 ans	13 % hommes, 16 % femmes	15 % hommes, 18 % femmes
65 ans et plus	23 % hommes, 33 % femmes	28 % hommes, 36 % femmes

---

[23] Howard BV.

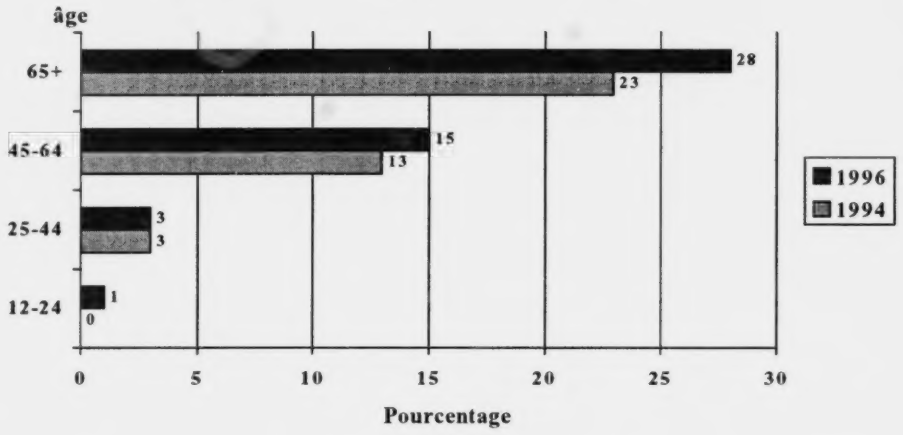
[24] Gillum RF. *The epidemiology of stroke in Native Americans.* Stroke 1995;26,514-521.

[25] Ellis J. & Campos-Outcalt D. *Cardiovascular disease risk factors in Native Americans: A literature review.* am J Prev Med 1994;10(5),295-307.

[26] Glassbrenner K. *Seeking 'Indian-acceptable' ways to fight hypertension.* JAMA 1995; 254(14), 1877-1878.

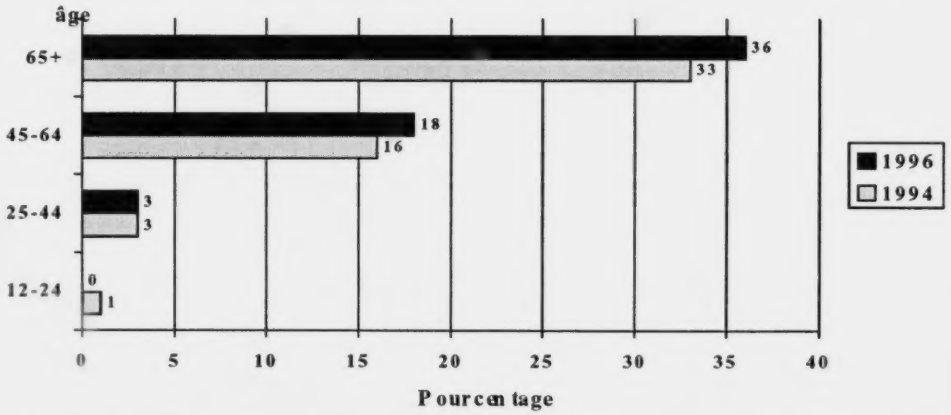
[27] MacMillan HL, MacMillan AB, Offord DR, Dingle JL (1996). *Aboriginal Health.* Journal de l'Association médicale canadienne; 155(1), 1569-1577.

Figure 1: Proportion des hommes ayant reçu un diagnostic d'hypertension, selon l'âge, Canada, 1994-96.



Source: *Enquête nationale sur la santé de la population, fichier partagé; Statistique Canada, 1994/95, 1996/97.*

Figure 2: Proportion des femmes ayant reçu un diagnostic de l'hypertension selon l'âge, Canada, 1994-96.



Source: *Enquête nationale sur la santé de la population, fichier partagé; Statistique Canada, 1994/95, 1996/97.*

Liens entre l'hypertension artérielle et les problèmes de santé

Conséquences sur le plan organique

Non traitée, l'hypertension augmente le risque de lésions vasculaires touchant autant les petites artères et artérioles que les grosses artères. Celles-ci sont à l'origine de lésions à divers organes[28].

- cœur – angine, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque globale
- cerveau – accident vasculaire cérébral, ischémie cérébrale transitoire, encéphalopathie hypertensive
- yeux – hémorragie rétinienne et exsudats avec ou sans œdème papillaire
- rein – insuffisance rénale
- vaisseaux sanguins – anévrisme, artériopathie oblitérante

Conséquences sur la mortalité

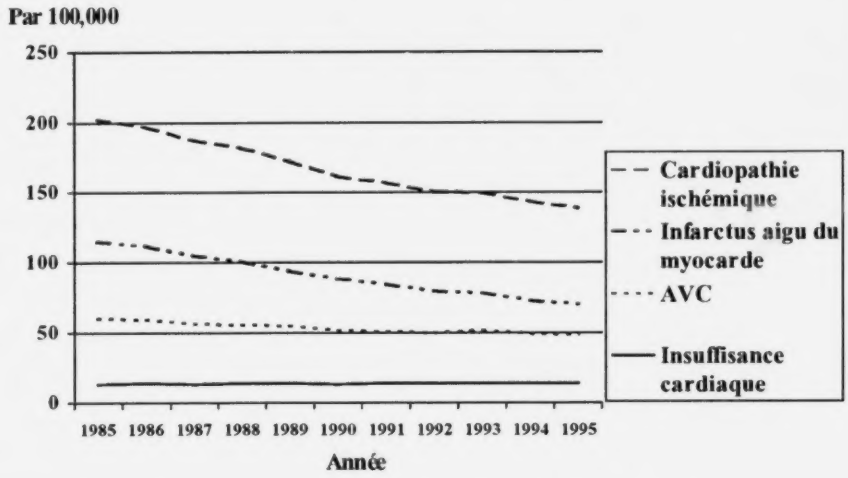
Les maladies cardiovasculaires ont été à l'origine de 37 % des décès en 1995[29]. Les taux de mortalité pour les quatre principales causes de décès associés à l'hypertension artérielle – infarctus aigu du myocarde, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique et accident vasculaire cérébral – ont diminué entre 1985 et 1995 (figure 3). La mortalité due aux cardiopathies ischémiques et aux infarctus du myocarde est plus élevée chez les hommes alors que les femmes meurent plus souvent d'accidents vasculaires cérébraux (figure 4). Ces quatre maladies sont également des causes importantes de mortalité prématurée avant l'âge de 65 ans (figure 5).

---

[28] OMS : 29.

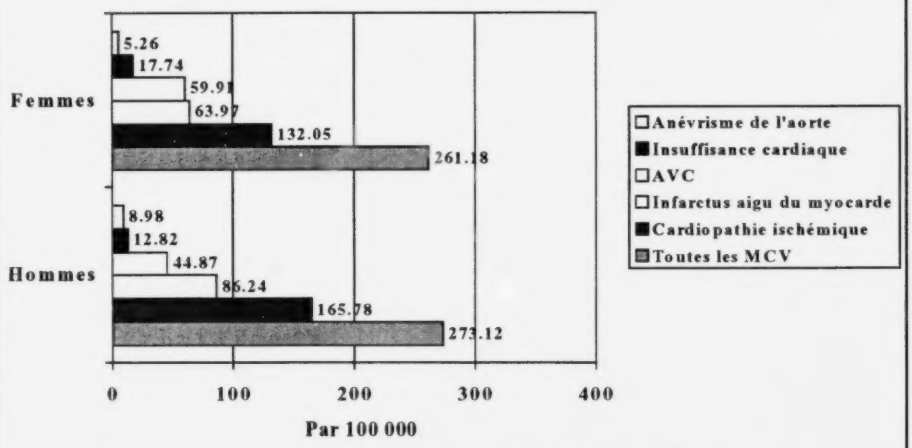
[29] Fondation des maladies du cœur du Canada. Op cit.

Figure 3: **Mortalité dans le temps, deux sexes confondus, tous âges, Canada, 1985-1995. (Taux ajustés selon l'âge par 100 000 personnes des deux sexes, Canada, 1991)**



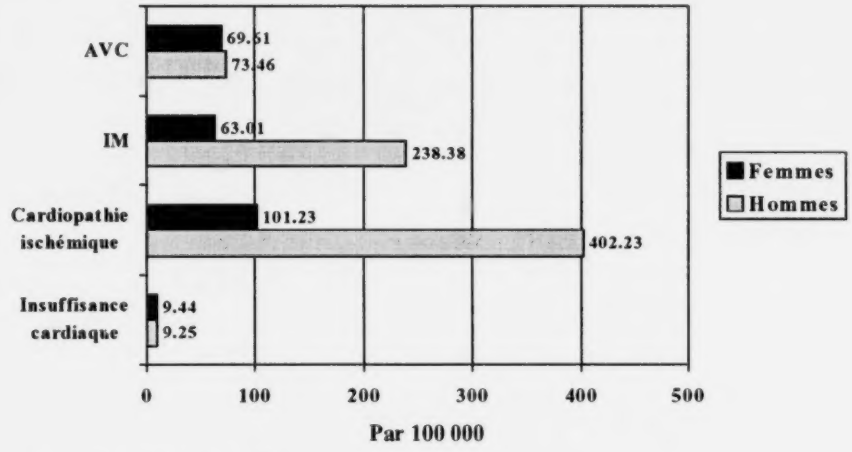
Source: Surveillance en direct, 1998, LLCM, Santé Canada; Statistique Canada

Figure 4: Taux de mortalité brut pour les maladies cardiovasculaires, par sexe, tous âges, Canada, 1995.



Source: *Surveillance en direct, 1998, LLCM, Santé Canada, Statistique Canada*

Figure 5: Années potentielles de vie perdues avant l'âge de 65 par maladie et par sexe, Canada, 1996.



Source: *Statistique Canada*

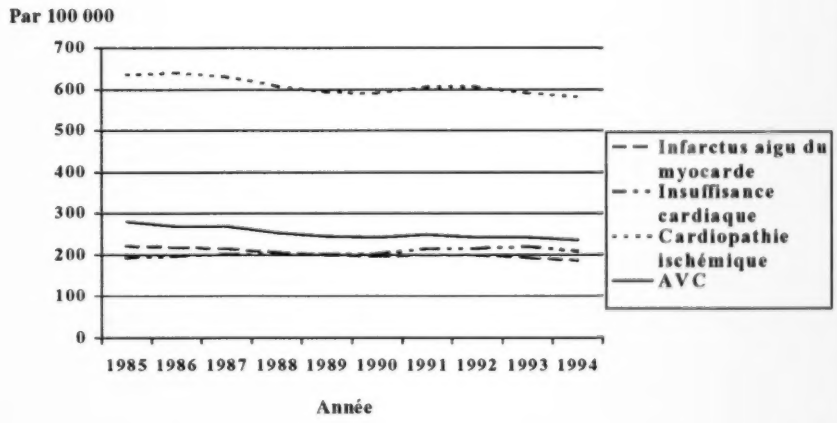
Conséquences sur les soins de santé

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause d'hospitalisation chez les hommes et la deuxième chez les femmes[30]. Les hospitalisations pour un infarctus aigu du myocarde, une insuffisance cardiaque, une cardiopathie ischémique ou un accident vasculaire cérébral étaient à la baisse à la fin des années 80, mais cette baisse semble avoir ralenti pendant les années 90 (figure 6).

Les taux d'hospitalisation augmentent avec l'âge pour ces quatre maladies (figures 7-10). La distribution des infarctus aigus du myocarde et des cardiopathies ischémiques englobe des personnes beaucoup plus jeunes que celle des accidents vasculaires cérébraux et de l'insuffisance cardiaque globale. La probabilité d'être hospitalisé pour un infarctus du myocarde ou une cardiopathie ischémique est plus élevée chez les hommes jeunes que chez les femmes.

En 1995, le coût des maladies cardiovasculaires s'élevait à 7,4 milliards de dollars ou 16,7 % des coûts directs des soins de santé[31]. Ces coûts englobent les visites à l'hôpital, les consultations des médecins, la recherche et le coût des médicaments.

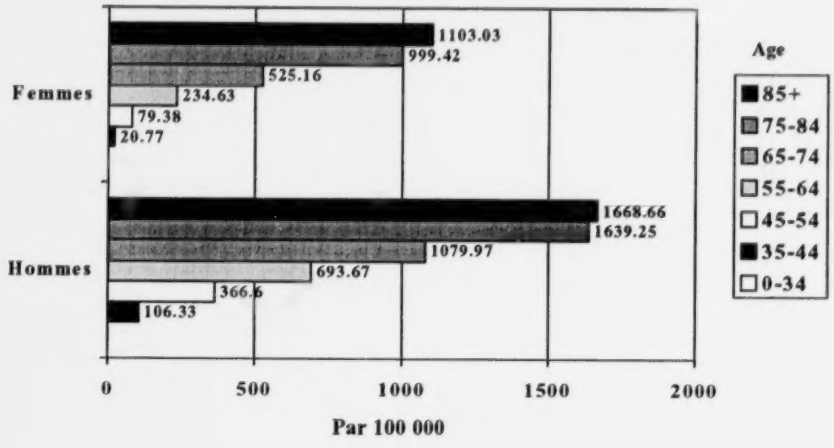
Figure 6: Diagnostics-congés dans le temps, deux sexes confondus, tous âges, Canada, 1985-1994. (Ajustés selon l'âge pour les deux sexes, Canada, 1991)



Source: *Surveillance en direct, 1998, LLCM, Santé Canada; Statistique Canada*

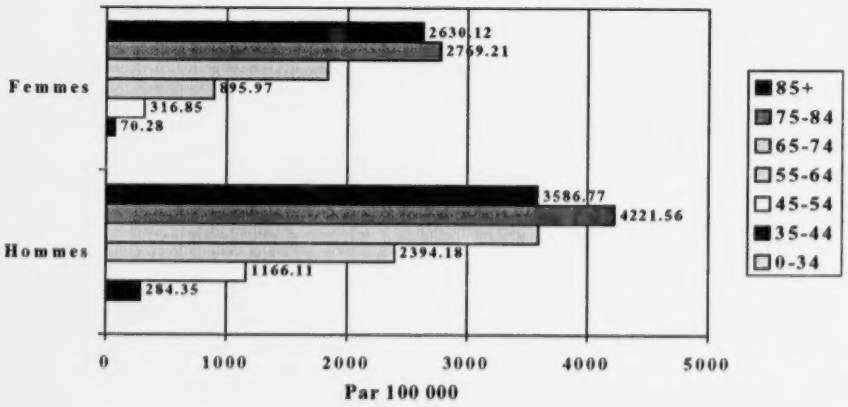
[30] Ibid. :

Figure 7: Diagnostics-congés pour un infarctus aigu du myocarde par group d'âge et par sexe, Canada, 1994.



Source: *Surveillance en direct, 1998, LLCM, Santé Canada; Statistique Canada*

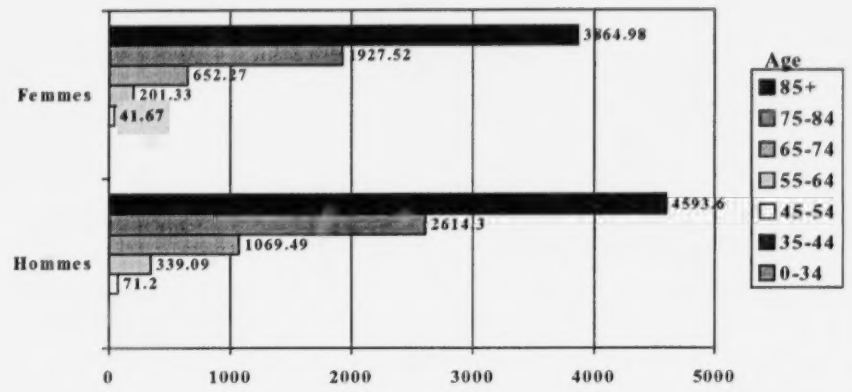
Figure 8: Diagnostics-congés par groupe d'âge et sexe, cardiopathie ischémique, Canada, 1994.



Source: *Surveillance en direct, 1998, LLCM, Santé Canada; Statistique Canada*

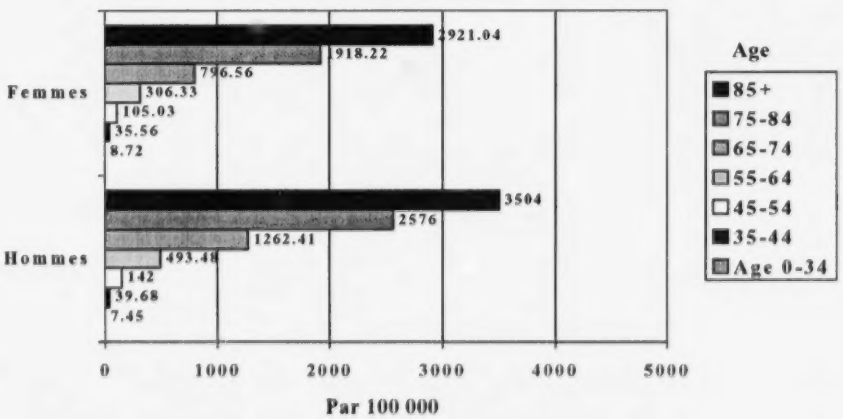
[31] Ibid.

Figure 9: Diagnostics-congés, par groupe d'âge, insuffisance cardiaque globale, Canada , 1994.



Source: *Surveillance en direct, 1998, LLCM, Santé Canada, Statistique Canada*

Figure 10: Diagnostics-congés, par groupe d'âge, accident vasculaire cérébral, Canada, 1994.



Source: *Surveillance en direct, 1998, LLCM, Santé Canada; Statistique Canada*

Conséquences sur les personnes, les familles et la communauté

L'hypertension a des répercussions considérables sur les personnes et leur famille. Du point de vue psychologique, lorsque des personnes qui se sentent bien apprennent qu'elles risquent d'être atteintes de maladies cardiaques, vasculaires et rénales graves ou d'un accident vasculaire cérébral parce qu'elles sont hypertendues, elles ont généralement de la difficulté à modifier leurs habitudes de vie. On peut leur conseiller de perdre du poids, de faire de l'exercice, de changer leur alimentation ou de cesser de fumer, par exemple, et elles peuvent être obligées de prendre des médicaments jusqu'à la fin de leurs jours. Ces médicaments peuvent être coûteux et avoir des effets secondaires[32]. Il ne faut donc pas s'étonner que de nombreuses personnes aient de la difficulté à changer leurs habitudes et à maintenir ces changements alors qu'elles se sentent bien.

Les maladies cardiovasculaires, auxquelles contribue l'hypertension artérielle, frappent autant les hommes que les femmes durant leur vie professionnelle. Il s'agit de la deuxième cause en importance de perte de productivité (12,3 milliards de dollars)[33]. Par conséquent, l'hypertension artérielle a des conséquences majeures sur la perte de productivité due à la maladie ou à l'incapacité de même que sur la perte de revenus futurs à cause d'un décès prématuré.

---

[32] Feldman R et al. *Adherance to pharmacologic management of hypertension.* Dept. of Medicine, University of Western Ontario, 1998.

[33] Ibid.

Prévention de l'hypertension

1. S'attaquer aux causes médicales sous-jacentes de l'hypertension

Dans 1 à 5 % de tous les cas, l'hypertension est causée par un problème médical sous-jacent[34]. Par conséquent, le diagnostic et le traitement de l'état sous-jacent qui provoque l'hypertension représente un élément important de toute stratégie globale de lutte contre l'hypertension. Il faudrait donc chercher et traiter les causes potentielles suivantes de l'hypertension

- drogues
- néphropathie
- troubles endocriniens
- coarctation aortique et aortite
- grossesse
- troubles neurologiques
- chirurgie

[34] OMS : p. 24.

2. Réduction des facteurs de risque d'hypertension dans la population

Facteurs de risque

Étant donné que seule une faible proportion des cas d'hypertension résulte d'une maladie sous-jacente, les possibilités de prévention sont excellentes. La recherche a permis de cerner plusieurs facteurs qui sont liés à un risque accru d'hypertension artérielle[35,36]. Le tabagisme n'est pas lié spécifiquement à l'hypertension, mais l'association de l'hypertension et du tabagisme accroît le risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral chez une personne.

Tableau 2. Facteurs de risque d'hypertension

Facteurs/états modifiables	Facteurs non modifiables
Surpoids (IMC > 25)	Antécédents familiaux
Obésité centrale	Âge
Mode de vie sédentaire	Origine ethnique
Forte consommation d'alcool (≥ 14 consommations par semaine pour les hommes et ≥ 9/semaine pour les femmes)	
Consommation excessive de sel	
Régime alimentaire pauvre en fibres, en fruits et en légumes et riche en gras saturés	
Apport alimentaire insuffisant de calcium et de potassium	
Stress et mécanisme d'adaptation	
Statut socio-économique inférieur	
Faible poids à la naissance	

[35] Campbell et al. *Lifestyle modifications to prevent and control hypertension: 1. Methods and an overview of the Canadian recommendations.* JAMC 1999; 160 (9 Suppl.): S1-S6.

[36] OMS : 15-22.

Surpoids

On définit l'embonpoint comme un indice de masse corporelle supérieur à 25 et inférieur à 27 et l'obésité comme un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 27. Le surpoids est associé à une augmentation de deux à six fois du risque de développer une hypertension[37,38]. La proportion des cas d'hypertension qui sont attribuables à l'obésité se situe entre 30 et 65 % parce qu'elle est si répandue dans la population[39].

Les données indiquent que l'obésité centrale, qui est définie par un rapport taille/hanches supérieur à 1, est associée à un risque accru d'hypertension[40]. Dans un sous-ensemble de la population, une combinaison de facteurs est associée à l'hypertension artérielle, dont l'obésité centrale, la résistance à l'insuline, l'hyperinsulinémie, l'intolérance au glucose et la dyslipidémie. Ce syndrome est plus répandu chez les sujets originaires de l'Asie du sud-est et chez les Autochtones canadiens et américains.

Alimentation saine

Une alimentation qui est riche en fibres, en fruits et en légumes et pauvre en gras saturés est associée à un niveau tensionnel inférieur chez les personnes qui présentent une tension artérielle légèrement élevée ou limite[41]. Aussi, y a-t-il lieu de croire qu'une alimentation semblable pourrait permettre de prévenir l'apparition de l'hypertension. Le Guide alimentaire canadien offre des conseils sur une alimentation saine[42].

Sédentarité

Les personnes sédentaires (qui font moins de 20 minutes d'activité physique modérée au moins quatre fois par semaine) ont un risque augmenté de 20 à 50 % de faire de l'hypertension par rapport aux sujets comparables plus actifs[43]. Une activité physique aérobie régulière qui permet d'obtenir une forme physique moyenne abaisse la tension artérielle. En outre, l'association d'une alimentation saine et de l'activité physique constitue la meilleure façon de conserver un poids-santé.

---

[37] Leiter et al. *Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 2. Recommendation on obesity and weight loss.* JAMC, 1999; 160 (a Suppl.) : S7-S12.

[38] OMS : 19.

[39] Ibid.

[40] OMS :19.

[41] Appel LJ et al. *A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure.* N Engl J Med 1997; 336:1117-1124.

[42] Canada. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien.*

Le récent « Guide d'activité physique pour une vie active saine » du Canada fournit des conseils sur le type et la quantité d'activité physique nécessaires[44]. On y met l'accent sur l'activité quotidienne plutôt que sur un régime d'activité physique intense épisodique. Il s'agit d'un objectif plus réaliste parce qu'il exige moins de ressources et une modification moins radicale des habitudes de vie. Une augmentation du niveau d'activité physique de l'ensemble de la population permettra d'obtenir une baisse généralisée de la tension artérielle dans la population.

Forte consommation d'alcool

Une forte consommation d'alcool est associée à un risque accru d'hypertension artérielle[45,46,47]. Boire plus de deux consommations alcoolisées par jour accroît nettement le risque d'hypertension. On estime qu'entre 5 et 10 % des cas d'hypertension sont attribuables à une forte consommation d'alcool[48].

Il est difficile de faire des recommandations concernant une consommation inoffensive d'alcool parce qu'il existe une relation curviligne entre la consommation d'alcool et le risque de mortalité par maladie cardiovasculaire[49]. Les personnes qui boivent même une seule consommation alcoolisée par jour peuvent avoir un risque plus élevé que celles qui boivent une seule consommation par semaine[50]. Cependant, les personnes qui ne consomment aucune boisson alcoolisée risquent davantage de souffrir de maladies cardiovasculaires que les personnes qui boivent une consommation alcoolisée par jour.

Les lignes directrices canadiennes sur la consommation à faible risque d'alcool recommandent que les adultes en santé qui décident de boire limitent leur consommation d'alcool à au plus deux verres par jour, l'ingestion totale d'alcool ne devant pas dépasser 14 consommations standard par semaine chez les hommes et neuf chez les femmes[51].

---

[43] OMS : 21.

[44] Canada : Santé Canada. *Guide d'activité physique pour une vie active saine.* 1998.

[45] Stamler R. *Implications of the INTERSALT study.* Hypertension 1991:17:1:1017-1020.

[46] Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle.

[47] Beilin LJ, Puddey IB, Burke V. *Alcohol and hypertension – kill or cure?* J of Human Hypertension 1996; 12:2:51-55.

[48] Ibid.

[49] Ibid.

[50] OMS : 21.

[51] Campbell NRC et coll. *Blood pressure and alcohol: the evidence and recommendations.* Pour la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle, 1997.

Stress et mécanisme d'adaptation

Le stress mental aigu augmente la tension artérielle à court terme[52]. Il faudra effectuer des recherches plus poussées pour déterminer si ces élévations transitoires provoquent des changements durables de la tension artérielle. Il faudrait également effectuer des recherches sur les effets d'un stress de longue durée sur l'apparition d'une hypertension artérielle. Le stress est une question difficile à étudier, cependant, parce que ses effets sur une personne sont déterminés non seulement par le facteur de stress lui-même mais encore par le mode d'adaptation de la personne.

On connaît bien les fondements biologiques du rôle que jouent les facteurs de stress dans l'apparition d'une hypertension artérielle. Le stress entraîne une augmentation des taux de catécholamine. Des taux de catécholamine élevés sont associés à la présence d'une hypertension essentielle[53].

En outre le stress joue un rôle dans l'adoption des autres habitudes de vie qui figurent parmi les facteurs associés à un risque accru d'hypertension – obésité, forte consommation d'alcool et sédentarité[54]. C'est également un facteur critique lié au tabagisme[55]. Par conséquent, il est important de cerner les causes sous-jacentes du stress, de les éliminer dans la mesure du possible et d'aider les gens à développer des techniques efficaces de gestion du stress.

Consommation excessive de sel

Il y a eu des débats épiques au sujet du rôle de la réduction de l'apport en sel dans la prévention de l'hypertension artérielle. Une revue récente des données de recherche par la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle a permis d'établir que l'effet d'un régime hyposodé sur la réduction de la tension artérielle est, au mieux, minime, chez les adultes en santé[56]. Toutefois, même une réduction très faible de la tension artérielle (1 mm Hg) dans l'ensemble de la population pourrait entraîner une baisse limitée mais non négligeable de la mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux (3 %) et aux maladies cardiovasculaires (2 %)[57]. Par conséquent, on recommande d'éviter l'ingestion excessive de sel en choisissant des aliments à faible teneur en sel, en évitant les aliments très salés (comme les mets précuisinés), en s'abstenant d'ajouter du sel à la

---

[52] OMS : 21.

[53] Ibid.

[54] Canada. Statistique Canada, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995.*

[55] OMS : 52.

[56] Fodor JG, Whitmore B, Leenen F, Larochelle P. *Lifestyle Mofidications to Prevent and Control Hypertension: 5. Recommendations on dietary salt.* JAMC 1999; 160 (9 Suppl.):S29-S34.

[57] Stamler J et al. *Findings of the International Cooperative INTRERSALT Study.* Hypertension 1994; 17(Suppl):I17-20.

table et pendant de la cuisson et en choisissant des aliments à faible teneur en sel dans les restaurants. Une autre stratégie consisterait à réduire la consommation de sel de la population dans son ensemble en adoptant des politiques ou des règlements limitant la quantité de sel qui peut être ajoutée aux mets préparés par l'industrie alimentaire. Environ 75 % du sel qui est ingéré est ajouté aux aliments préparés autant à titre d'exhausteur de goût que d'agent de conservation[58].

Appartenance à une couche socio-économique défavorisée

Le fait d'être désavantagé sur le plan socio-économique peut contribuer à accroître le risque d'hypertension artérielle en raison de la prévalence accrue de certains facteurs de risque liés au comportement, comme un surpoids et la sédentarité, ou à cause des difficultés à composer avec le stress de la vie quotidienne[59]. Il sera important de s'attaquer à ces facteurs dans la population afin de faire en sorte que l'écart ne s'agrandisse pas entre les individus dans la population.

Résumé des recommandations concernant les facteurs de risque

La Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle a récemment fait les recommandations suivantes en ce qui concerne les modifications des habitudes de vie afin de prévenir l'hypertension artérielle[60].

- Tous les adultes devraient atteindre et maintenir un indice de masse corporelle sain.
- La consommation d'alcool devrait être conforme aux lignes directrices canadiennes pour une consommation à faible risque d'alcool (c.-à-d. que les adultes en bonne santé devraient limiter leur ingestion d'alcool à au plus deux consommations par jour et ne jamais dépasser 14 consommations standard par semaine dans le cas des hommes et 9, dans le cas des femmes).

---

[58] États-Unis. US Department of Health and Human Services. National Heart, Lung and Blood Institute. *Implementing recommendations for dietary salt reduction.* National High Blood Pressure Prevention Education Program, 1996.

[59] MacDonald S et al. *Multiple cardiovascular disease risk factors in adults.* JAMC 1992; juin 1 Suppl. : 48-56.

[60] Campbell et al. *Lifestyle modifications to prevent and control hypertension: 1. Methods and an overview of the Canadian recommendations.* JAMC 1999;160(9 Suppl.):S1-S6.

- Il faudrait encourager tous les adultes à prendre part à un programme d'activité physique régulier d'intensité modérée (40 % à 60 % de la consommation d'oxygène maximale) pendant une période de 50 à 60 minutes, trois ou quatre fois par semaine.

Programmes d'intervention

La recherche en promotion de la santé a permis d'établir que les stratégies doivent s'adresser à la fois aux individus et aux familles ainsi qu'aux milieux dans lesquels ils vivent. Par exemple, la promotion de l'activité physique nécessitera l'éducation des personnes afin de leur faire connaître les avantages et les exigences liés à une activité physique modérée. Il faudra également que les organisations et les gouvernements créent des conditions propices à l'activité physique, par exemple en aménageant des sentiers pédestres et des pistes cyclables. Un autre exemple est la réduction ou la gestion du stress. Aussi faudra-t-il aider les gens à développer des stratégies d'adaptation efficaces et trouver des moyens de réduire les facteurs de stress comme la pénurie de logements de qualité à prix abordable.

Les individus et les organisations dans la populations ne seront pas tous aussi réceptifs à l'idée d'adopter de nouveaux comportements[61]. Par conséquent, les programmes devront être conçus en fonction des divers stades de changement chez les individus, les professionnels de la santé et les organisations :

- Précontemplation – la personne n'est pas consciente de la nécessité de changer son comportement.
- Contemplation – la personne envisage de modifier son comportement.
- Préparation – la personne se prépare activement à modifier son comportement.
- Modification du comportement (action).
- Entretien – la personne continue de mettre en pratique le nouveau comportement.

Il faudra faire appel à de nombreuses stratégies d'intervention pour promouvoir des habitudes de vie saines. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé définit cinq stratégies pour aider les personnes à adopter des comportements sains[62].

---

[61] Prochaska JO, Di Clemente CC. *Stages and process of self-change of smoking: Toward an integrative model of change.* J Consulting and Clinical Psychology 1983; 51:3:390-395.

[62] Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* Ottawa, Canada, 1986.

- Acquisition d'aptitudes individuelles pour aider les gens à adopter et à conserver des habitudes saines.
- Adoption de politiques publiques favorables à la santé afin de s'attaquer aux conditions sous-jacentes associées à la santé comme la pauvreté et de créer des milieux favorables à l'adoption de comportements sains.
- Création de milieux de travail, scolaires et de communautaires qui favoriseront des choix sains.
- Promotion de l'action communautaire pour que la population réclame des politiques publiques saines et pour fournir des occasions aux membres de la communauté de s'entraider.
- Réorientation des services de santé afin d'accroître les services de santé préventifs, dont l'éducation sur les comportements sains, et pour faire en sorte que les programmes et les services soient accessibles, efficaces et rentables.

Il est impérieux que les communautés adoptent une approche concertée qui touche tous les secteurs et les membres de la communauté. Pour de nombreuses communautés, ces interventions sont regroupées dans le cadre du Programme de promotion de la santé cardiovasculaire destiné aux enfants, aux jeunes et aux adultes[63]. Les programmes de promotion de la santé cardiovasculaire qui adoptent une vaste approche communautaire et font appel à de multiples partenaires et interventions ont permis de réduire les facteurs de risque dans la population[64,65].

---

[63] Stachenko, Sylvie. *The Canadian Heart Health Initiative: a countrywide cardiovascular disease prevention strategy.* J Hum Hypertens 1996; 190(Suppl.):S5-S8.

[64] Fortmann et al. *Community intervention trials: reflections on the Stanford Five City Project Experience.* Am J Epidemiol 1995;142:6:576-685.

[65] Puska P et al. *The North Karelia Project – 20 Year Results and Experiences.* Helsinki University Printing House, Helsinki, Finlande, 1995.

Situation canadienne actuelle

1. Prévalence des facteurs de risque

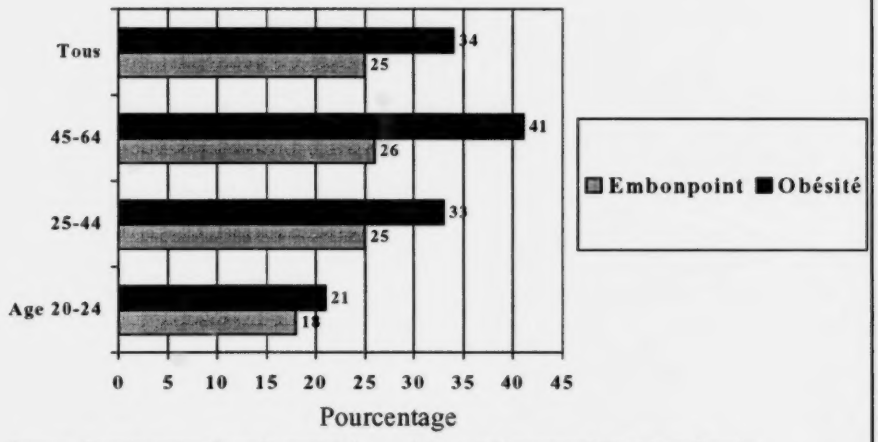
Les Enquêtes nationales sur la santé de la population nous fournissent des estimations de la prévalence de certains des comportements associés à l'hypertension artérielle (tableau 3). La prévalence des trois facteurs de risque liés aux habitudes de vie augmente avec l'âge. Le surpoids est plus répandu chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge (figures 11, 12). Plus de la moitié de la population âgée de plus de 25 ans est sédentaire[66] (figures 13, 14). Les hommes et les femmes ont des taux de sédentarité comparables jusqu'à l'âge de 65 ans quand les femmes deviennent moins actives que les hommes du même groupe d'âge. La consommation quotidienne d'alcool est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes et elle est plus élevée chez les personnes âgées de plus de 45 ans (figures 15, 16).

Tableau 3 Prévalence des facteurs de risque chez les Canadiens âgés de 12 ans et plus, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994 et 1996.

Facteur de risque	1994 (% de la population)	1996 (% de la population)
Embonpoint ou obésité – IMC ≥ 25 (âge de 20 à 64 ans, exclut les femmes enceintes)	48 %	48 %
Forte consommation d'alcool (hommes > 14 consommations/sem., femmes > 9 consommations/sem.)	-	5 %
Sédentarité	58 %	57 %

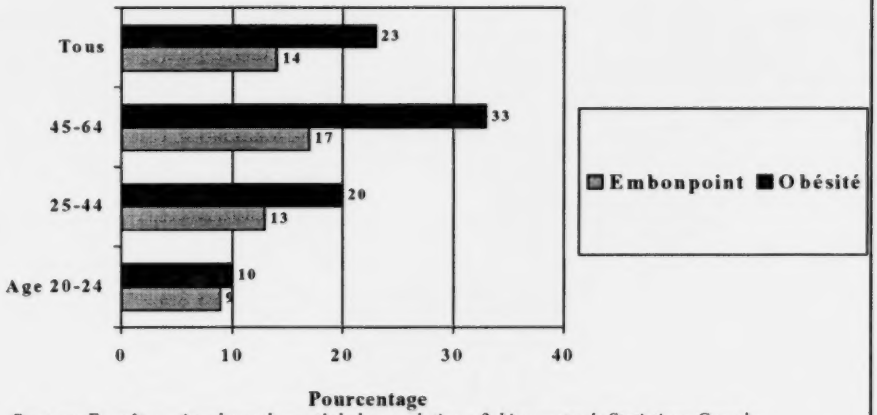
[66] Définition de la sédentarité de l'ENSP – La dépense énergétique (DE) a été calculée pour chaque personne d'après les activités de loisir déclarées. Les personnes dont la DE est inférieure à 1,5 kcal/jour sont considérées comme sédentaires. Statistique Canada. *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995.*

Figure 11: Proportion des hommes faisant de l'embonpoint (IMC 25-27) ou obèses (IMC> 27), par âge, Canada, 1996.



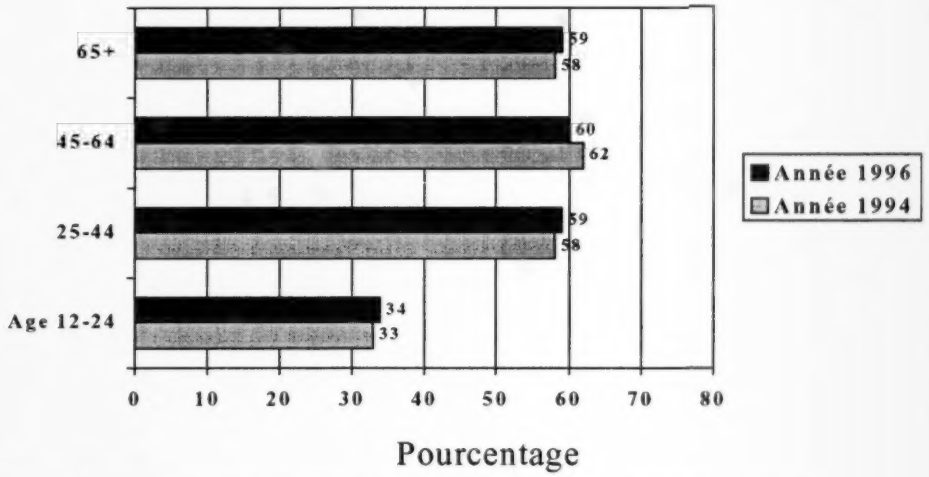
Source: *Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé; Statistique Canada, 1994/95, 1996/97.*

Figure 12: Proportion des femmes faisant de l'embonpoint (IMC 25-27) ou obèses (IMC > 27), par âge, Canada, 1996.



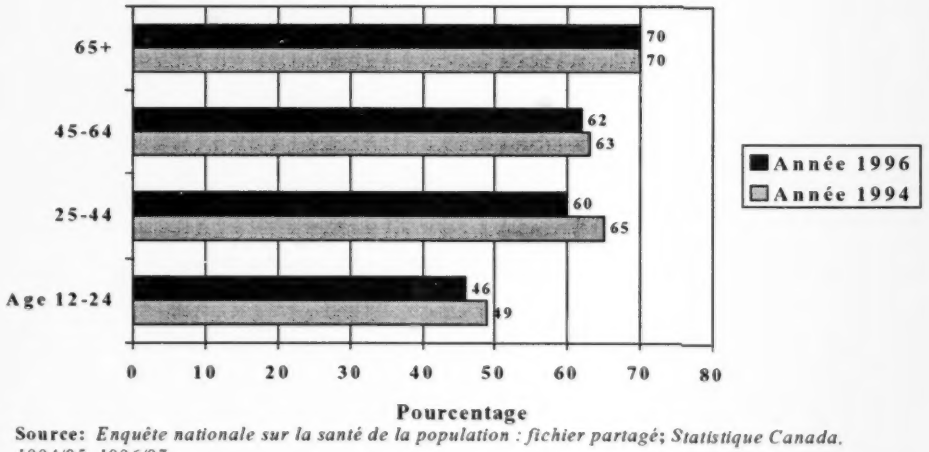
Source: *Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé; Statistique Canada, 1994/95, 1996/97.*

Figure 13: Proportion des hommes sédentaires selon le niveau d'activité et l'âge, Canada, 1994 et 1996.



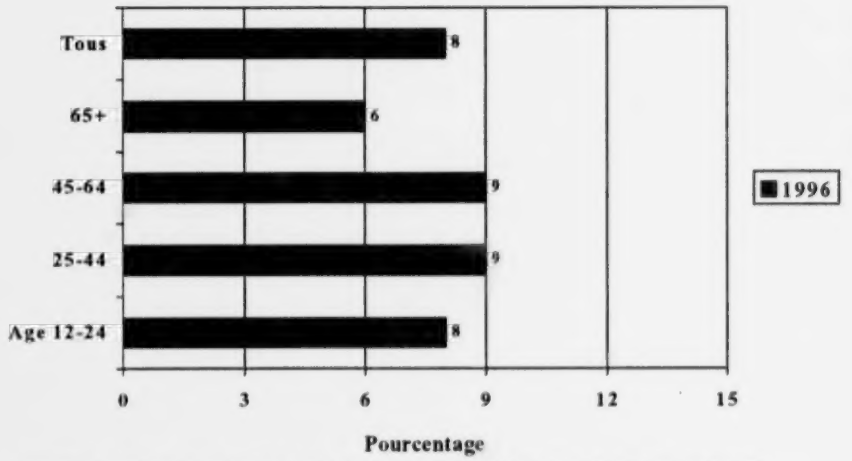
Source: Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé*: Statistique Canada, 1994/95, 1996/97.*

Figure 14: Proportion des femmes sédentaires selon le niveau d'activité et l'âge, Canada, 1994 and 1996.



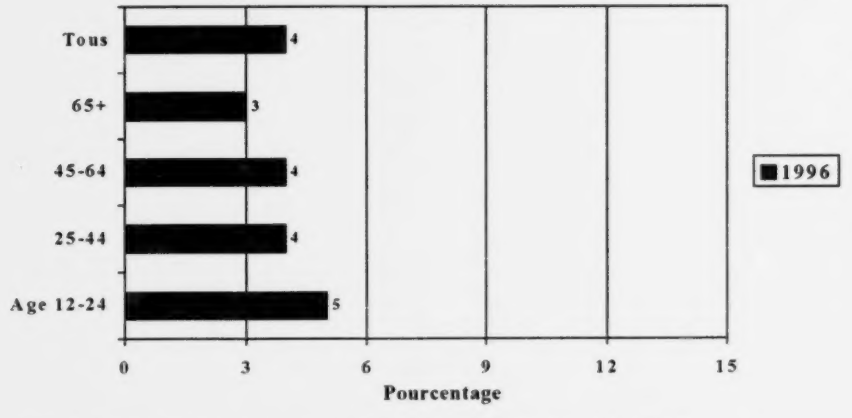
Source: *Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé*; *Statistique Canada, 1994/95, 1996/97.*

Figure 15: Proportion des hommes qui boivent 14 consommations ou plus par semaine, par âge, Canada, 1996.



Source: *Enquête nationale sur la santé de la population: fichier partagé: Statistique Canada, 1996/97.*

Figure 16: Proportion de femmes qui boivent 9 consommations ou plus par semaine, par âge, Canada, 1996.



Source: *Enquête nationale sur la santé de la population; Statistique Canada,1996/97.*

2. Interventions

Le secteur de la santé publique met en œuvre des programmes de promotion de la santé dans les écoles, les lieux de travail et la communauté. Certains pourvoyeurs de soins de santé primaires englobent l'éducation sanitaire dans leur pratique. Le secteur bénévole finance la recherche, recueille des fonds, fait du marketing social et met en oeuvre des programmes d'information et de promotion de la santé. Les gouvernements financent les services de promotion de la santé et de prévention, mènent des campagnes de marketing social, s'occupent d'action sociale, d'élaboration et de mise en œuvre de politiques et soutiennent les projets pilotes et le développement de ressources.

Plusieurs programmes de santé cardiovasculaire ont été mis en œuvre dans des communautés d'un bout à l'autre du pays[67]. Ces programmes sont axés sur le tabagisme, la nutrition, l'activité physique, le stress, la tension artérielle et la détermination de la lipidémie. Ces programmes reçoivent l'appui de toute une gamme d'organisations dont les services de santé publique, les organismes bénévoles, l'industrie alimentaire, le monde des affaires, les professionnels de la santé, les écoles et les milieux de travail. Ils utilisent diverses approches dont le marketing social, la revendication de politiques saines, l'éducation, l'action communautaire et la création de milieux de travail, scolaires et communautaires qui favorisent la santé.

L'initiative canadienne en santé cardiovasculaire, qui a vu le jour en 1986-1987, a permis la mise en œuvre d'une stratégie de prévention des maladies cardiovasculaires à l'échelle nationale[68]. Les responsables de cette initiative étudient actuellement des méthodes qui permettraient d'élaborer une stratégie globale de réduction de l'ensemble des risques de maladies cardiovasculaires. Des programmes pilotes ont été lancés dans diverses communautés. Ils englobent des programmes d'éducation à l'intention du grand public et des professionnels de la santé, des programmes en milieu de travail, des programmes de santé en milieu scolaire et l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé. Afin de faciliter la planification et la mise en œuvre de programmes d'intervention communautaire, on a créé une base de données nationale contenant des profils de facteurs de risque canadiens et provinciaux à partir des données d'enquêtes sur les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. À l'heure actuelle, seule la Nouvelle-Écosse a évalué les répercussions de ces projets d'intervention[69].

Il existe un grand nombre de ressources éducatives qui peuvent aider les gens à adopter des comportements sains. Par exemple, Santé Canada a publié des guides portant sur l'alimentation

---

[67] Stachenko S

[68] Ibid.

[69] Nouvelle-Écosse, Heart Health Nova Scotia.

saine et l'activité physique[70,71]. Dernièrement, il a produit, en collaboration avec le Collège des médecins de famille du Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada, un guide de promotion de comportements qui favorisent la santé cardiovasculaire au travail. La Fondation des maladies du cœur du Canada a travaillé très activement à l'élaboration et la diffusion de programmes et de ressources destinés à encourager les enfants et l'ensemble de la population à adopter des comportements sains.

Lacunes dans la prévention de l'hypertension

Jusqu'ici, plusieurs facteurs importants ont nui au succès des programmes de prévention.

- Premièrement, une faible proportion des ressources dans le domaine des soins de santé (1 à 2 % du budget de la santé) est consacrée à la promotion de comportements sains chez les Canadiens. Ce facteur limite les effets que peuvent avoir les programmes sur l'ensemble de la population.
- Deuxièmement, le principal mode de prestation de services de santé primaires ne représente pas le meilleur moyen de promouvoir des comportements sains chez les Canadiens. Au Canada, ce sont les médecins rémunérés à l'acte qui fournissent la plupart des soins de santé primaires. Pour eux, le counselling sur les habitudes de vie est une source de frustration en raison des barèmes d'honoraires, du manque de compétence et de temps et du faible rendement de ce genre d'intervention[72,73]. Les psychologues, les diététistes, les infirmières et les autres fournisseurs de services pourraient participer à la promotion de comportements sains, mais ces services ne sont pas habituellement payés par l'État. Certaines provinces se sont dotées d'autres modèles de services de santé primaires prévoyant des équipes multidisciplinaires et des médecins salariés. À l'heure actuelle, la réforme des services de santé primaires fait l'objet de discussions dans toutes les provinces. Il faudra absolument que les modèles proposés facilitent la prestation de services aux individus et aux familles qui favorisent l'adoption de comportements sains.

---

[70] Canada. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien.*

[71] Canada. Santé Canada. *Guide d'activité physique pour une vie active saine.*

[72] McAlister EA et al. *Survey of clinician attitudes and management practices in hypertension.* J Hum Hypertension 1997, July; 11(7):413-419.

[73] Smith HE, Herber CP. *Preventive practice among primary care physicians; relation to recommendations of the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination.* JAMC 1993; 149(12):1795-1800.

- Troisièmement, le milieu pourrait favoriser davantage l'adoption de comportements sains. Par exemple, les possibilités de faire de l'activité physique varient énormément d'une communauté à l'autre. L'aménagement de sentiers pédestres et de pistes cyclables et l'accès à des centres de loisirs intérieurs à un prix modique peut faciliter l'adoption d'un régime d'activité physique régulière. La promotion de la minceur chez les jeunes femmes fausse l'image corporelle normale et mène à un manque d'estime de soi et à l'obésité plus tard dans la vie. Promouvoir l'acceptation d'une image corporelle individuelle et d'un poids-santé contribuerait à atténuer ce problème.

- Quatrièmement, les politiques publiques et les lois qui favoriseraient l'adoption de comportements sains font défaut. Par exemple, il n'existe aucune limite en ce qui concerne la quantité de sel qui peut être ajoutée aux aliments préparés. De plus, rien n'exige que tous les aliments portent une étiquette indiquant leur contenu. Enfin, on peut déplorer l'absence d'une politique universelle prévoyant des périodes d'activité physique régulière pour les élèves qui fréquentent les écoles élémentaires et secondaires.

- Cinquièmement, il n'existe aucune mesure destinée à réduire les répercussions profondes de la pauvreté et du manque de scolarisation (il y a une forte corrélation entre les deux) sur l'adoption d'habitudes de vie saines. Les personnes peu scolarisées présentent généralement plus de facteurs de risque d'hypertension et de maladies cardiovasculaires[74].

- Sixièmement, il existe peu de données sur l'efficacité des programmes de prévention. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette absence de données de recherche. La principale méthode de recherche utilisée pour évaluer les interventions cliniques – l'essai clinique randomisé – est très difficile, coûteuse et parfois impossible à utiliser dans le contexte communautaire. Les interventions qui se prêtent aux essais cliniques ne sont peut-être pas les plus efficaces parce qu'elles ne peuvent tirer profit de l'énergie et du soutien qui sont associées à une approche plus dynamique et moins structurée. Les habitudes de vie sont influencées par des facteurs sociaux qui ne se prêtent pas bien à une approche comme celle des essais comparatifs randomisés. Tous les programmes de promotion de la santé et de prévention doivent faire l'objet d'une évaluation.

- Septièmement, on ne dispose pas de suffisamment de sources d'information continue et à jour sur la population à l'échelle communautaire/régionale, provinciale/territoriale et nationale pour être en mesure de suivre les progrès réalisés au chapitre de la réduction des facteurs de risque d'hypertension artérielle. La Saskatchewan est la seule province

---

[74] MacDonald S et al.

qui prévoit effectuer une enquête continue[75]. La seule enquête nationale qui fournit de l'information sur les facteurs de risque est l'Enquête nationale sur la santé de la population. Cette enquête a lieu tous les deux ans, et il faut attendre entre 18 mois et deux ans pour avoir accès aux résultats. En outre, il s'agit d'une étude longitudinale d'une cohorte de Canadiens et, par conséquent, elle n'a pas été conçue comme système de surveillance. La méthodologie utilisée pour recueillir des données sur la tension artérielle est également faible parce qu'on ne procède pas à des mesures « en personne » de la tension artérielle non plus que de la taille et du poids.

Résumé

À l'heure actuelle, il existe au Canada des bases solides pour la mise en œuvre de programmes efficaces de prévention de l'hypertension artérielle. La recherche a permis de cerner un certain nombre de comportements qui pourraient réduire le risque d'hypertension artérielle. On comprend bien ce qui favorise les changements de comportement ainsi que l'importance du soutien apporté par le milieu. Il existe des ressources éducatives destinées à favoriser l'adoption de comportements sains. Enfin et surtout, il existe des organisations qui sont vouées à la promotion de ces comportements dans la population. Elles travaillent en collaboration avec des programmes communautaires depuis plusieurs années.

Si les programmes de prévention actuels constituent une base solide, il reste qu'il faudra intensifier les mesures pour avoir un effet plus marqué sur la prévention de l'hypertension artérielle.

- Il faut accroître le nombre de programmes communautaires de santé cardiovasculaire axés sur une alimentation saine, un poids-santé, une activité physique régulière et la gestion du stress mis en œuvre en collaboration avec les services de santé publique, les centres de santé communautaire, les organisations bénévoles, les écoles, les entreprises, l'industrie alimentaire, des membres de la communauté et d'autres intervenants dans les milieux de travail, scolaire et communautaire. Il importe d'établir un lien précis entre les avantages inhérents à ces comportements sains et la prévention de l'hypertension artérielle.
- Tous les professionnels de la santé doivent fournir une éducation sur les comportements sains dans le cadre des services de santé primaires. Il faudrait leur fournir des guides de pratique clinique et des ressources pédagogiques afin de faciliter cette pratique. L'éducation des professionnels de la santé doit englober des connaissances, des

---

[75] Butler-Jones D. *Communication personnelle.* Ministère de la Santé, Saskatchewan, 1999.

attitudes et des aptitudes en matière de prévention. Les modèles de soins de santé primaires plus récents doivent accorder une place plus importante à diverses activités de prévention dans le cadre des services de santé primaires.

- Il faudrait consacrer plus de ressources aux programmes de prévention à l'échelle communautaire.
- L'évaluation des programmes devrait faire partie intégrante de tous les programmes de promotion de la santé et de prévention. Il faudra donc prévoir des fonds pour cette activité et établir des liens entre les évaluateurs, les planificateurs et les gestionnaires de programmes. Le milieu universitaire et d'autres chercheurs devront travailler en collaboration avec les pourvoyeurs de services afin d'enrichir les connaissances.
- Les secteurs autres que celui de la santé devront participer activement à la création de milieux qui soient favorables à l'activité physique, à une alimentation saine, à l'usage modéré d'alcool, à une réduction de la consommation de sel et à la réduction du stress.
- Il faudra assurer une surveillance continue de la prévalence des facteurs de risque dans l'ensemble de la population et dans divers sous-groupes afin de suivre les progrès réalisés. La diffusion de cette information aux responsables des politiques et aux gestionnaires des programmes favoriserait son usage dans la planification des politiques et des programmes.

Contrôle de l'hypertension artérielle

Détection précoce de l'hypertension artérielle

La détection et le traitement précoces de l'hypertension sont liés à une réduction des risques de problèmes de santé associés à cet état[76]. Cependant, les symptômes de l'hypertension qui pourraient pousser une personne à se faire soigner ne se manifestent qu'à un stade avancé lorsque des lésions des organes cibles se sont déjà produites. Par conséquent, le dépistage de l'hypertension artérielle peut jouer un rôle préventif.

Selon le dictionnaire d'épidémiologie de Last « les tests de dépistage permettent de séparer les personnes apparemment bien portantes qui sont probablement atteintes d'une maladie de celles qui n'en sont probablement pas atteintes. Un test de dépistage n'a aucune visée diagnostique. Les personnes dont les résultats sont positifs ou suspects doivent être adressées à leur médecin pour être diagnostiquées et traitées »[77] (traduction). Lorsque le dépistage est effectué par un clinicien dans le cadre des soins cliniques, on utilise souvent le terme « recherche de cas » (case finding)[78].

Un test de dépistage peut donner un résultat vrai ou un résultat faussement positif – c'est-à-dire que le résultat est positif mais que la personne n'est pas vraiment hypertendue – ou un résultat faussement négatif –le résultat est négatif mais la personne est bel et bien hypertendue. Pour cette raison, il est impérieux d'avoir recours à des tests de haute qualité effectués par du personnel qualifié et de veiller à ce que le dépistage s'inscrive dans un programme global qui prévoit l'orientation vers un professionnel de la santé qui assurera le diagnostic et le traitement.

Le test de dépistage consiste en une mesure de la tension artérielle sur le bras après une période de repos de cinq minutes; le sujet doit être assis et il faut employer un instrument bien étalonné[79]. Le sphygmomanomètre à mercure est l'instrument de choix en raison de son exactitude et de sa fiabilité. Il faut utiliser un brassard de dimension appropriée afin d'améliorer l'exactitude de la mesure. La tension artérielle peut être prise par une personne ou par une machine. La personne qui mesure la

---

[76] Heenkins CH. *Lessons from Hypertension Trials.* Amer J of Med 1998;194(6A):50S-53S.

[77] Last JM. *A Dictionary of Epidemiology.* Oxford University Press, 1995:152-153.

[78] Riegelman RK, Stone AW, Kallenberg GAH. *Screening for Disease Control. In Putting Prevention into Practice.* Ed.: Riegelman and Povar. Little Brown and Company, 1988:29.

[79] Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique : Guide de médecine clinique préventive.* Groupe Communications Canada, Ottawa, Canada, 1994 : 637.

tension artérielle doit avoir reçu la formation nécessaire pour bien placer le brassard sur le bras et pour interpréter les bruits entendus lorsque le brassard est dégonflé.

Il y a un grand nombre d'erreurs qui peuvent être associées à une mesure unique de la tension artérielle. Des facteurs comme l'instrument lui-même, la technique de la personne qui mesure la tension artérielle et le milieu dans lequel elle est mesurée peuvent tous contribuer à donner un résultat inexact. En outre, la tension artérielle d'une personne fluctue dans le temps. Par conséquent, il faut absolument qu'un résultat positif soit suivi d'autres évaluations effectuées par du personnel qualifié et au moyen d'instruments bien étalonnés pour confirmer la présence ou l'absence d'hypertension artérielle[80].

Les programmes de dépistage soulèvent un certain nombre de questions éthiques importantes. Lorsqu'on annonce à une personne qu'elle a peut-être un problème de santé, elle peut devenir inquiète et préoccupée. Il s'agirait, semble-t-il d'un problème non négligeable pour les personnes qui sont étiquetées comme hypertendues[81]. Par conséquent, la méthode de dépistage doit permettre de réduire au minimum le nombre de résultats faussement positifs et le suivi doit être rapide et offrir un counselling aux personnes chez qui l'on aurait découvert une hypertension artérielle éventuelle lors du dépistage.

Le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique recommande que tous les adultes âgés de plus de 20 ans subissent des évaluations régulières de leur tension artérielle dans le but de déceler une hypertension. Cette recommandation est fondée sur la preuve de l'efficacité du traitement de l'hypertension dans ce groupe d'âge[82]. Il précise toutefois qu'il ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander la recherche de cas chez les sujets plus jeunes.

L'Organisation mondiale de la Santé recommande que tous les adultes fassent mesurer leur tension artérielle tous les deux ans[83]. Si, lors de la mesure initiale, la tension systolique se situe entre 130 et 140 ou la tension diastolique entre 85 et 90, il faudrait effectuer un contrôle dans un an. Si la tension systolique est supérieure à 140 ou la tension diastolique à 90, il faudrait effectuer des contrôles ultérieurs pour confirmer la présence d'une hypertension artérielle.

---

[80] Haynes RB, Lacourciere Y, Rabkin SW, Leenen FHH, Logan AG, Wright N, Evans E. *Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 2. Diagnosis of hypertension in adults.* JAMC 1993; 149(4);409-18.

[81] Alderman MH, Lamport B. *Labeling of hypertensive: a review of the data.* J Clin Epidemiol. 1990; 43:195-200.

[82] Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique : 720, 1066.

[83] OMS : 35.

L'endroit idéal pour mesurer la tension artérielle est un service de santé primaire où l'on peut offrir le suivi approprié[84]. La communauté médicale s'inquiète du fait que les médecins ne procèdent pas à un dépistage de l'hypertension artérielle aussi souvent qu'ils le pourraient. Une étude réalisée en 1994 auprès de centres de médecine familiale en milieu hospitalier a fait écho à cette préoccupation[85]. Il s'agissait de centres d'enseignement où l'on pourrait pu s'attendre à ce qu'on mette davantage l'accent sur les pratiques préventives que dans la communauté en général. Avant l'intervention, 60 % des personnes avaient subi un dépistage de l'hypertension. Après des séances d'éducation des médecins, les taux de dépistage sont passés à 79 %. Une autre étude canadienne a montré que les taux de dépistage augmentent lorsqu'on a recours à un système de rappel, des incitatifs ou des assistants médicaux[86]. Un article récent intitulé « La pratique de la prévention » insiste sur le fait que les professionnels de la santé doivent non seulement connaître les pratiques préventives particulières mais encore ils doivent créer un environnement professionnel susceptible de soutenir l'utilisation de ces pratiques[87]. Les auteurs indiquent que les éléments clés seraient :

- un coordonnateur de la prévention,
- des énoncés de fonction clairement axés sur la prévention pour tous les fournisseurs de soins,
- un système d'information de gestion qui renforce la prévention, et
- une stratégie axée sur la rétroaction et la résolution des problèmes.

Le dépistage de l'hypertension artérielle pourrait également avoir lieu en milieu de travail, dans les centres commerciaux, les pharmacies et d'autres endroits facilement accessibles à de nombreuses personnes. La tenue de programmes de dépistage dans de tels endroits présente l'avantage de permettre d'atteindre des gens qui ne consultent pas leur médecin et, par conséquent, ne pourraient autrement bénéficier de services de dépistage. Le dépistage dans ces endroits comporte cependant un certain nombre de difficultés. Il faut d'abord veiller à ce que les évaluations soient réalisées avec des instruments bien étalonnés, que les personnes qui obtiennent un résultat positif fassent l'objet d'un suivi et il faut limiter au minimum le nombre de résultats faussement positifs afin d'éviter les consultations médicales inutiles qui sont coûteuses à la fois pour le système de santé et pour l'individu (perte de temps au travail ou à la maison).

---

[84] Logan AG. *Dépistage de l'hypertension chez les jeunes adultes et les personnes d'âge mûr.* Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique.

[85] Aubin et al. *Effectiveness of a program to improve hypertension screening in primary care.* JAMC 1994;150:4:509-515.

[86] Bass M. McWinney IR, Donner A. *Do family physicians need medical assistants to detect and manage hypertension?* JAMC 1986;134:1247-1255.

[87] Elford RW et al. *Putting prevention into practice.* Health Reports 1994;6:1:142-153.

Le dépistage en milieu de travail constitue un moyen efficace d'atteindre les gens. Dans une étude réalisée en Ontario, 66 % des cols bleus se sont soumis au dépistage[88]. Parmi eux, 12,5 % avaient un résultat positif (tension diastolique µ 90 mm Hg ou prenaient des médicaments pour normaliser leur tension artérielle). Le tiers de ceux-ci ne savaient pas qu'ils étaient hypertendus. Environ la moitié du groupe (58 %) a consulté son médecin pour subir une évaluation plus poussée dans les 40 jours qui suivaient le dépistage et la plupart avait consulté son médecin dans la première année qui suivait le dépistage (87 %).

Une analyse plus poussée du groupe a permis d'établir que seulement 0,9 % des travailleurs qui avaient une tension artérielle diastolique µ 90 mm Hg ne savaient pas qu'ils étaient hypertendus et n'avaient pas consulté un médecin au cours des deux années antérieures. Ce résultat semble indiquer que si toutes les personnes subissaient un dépistage de l'hypertension artérielle lorsqu'elles consultent leur médecin (pour quelque motif que ce soit), les programmes de dépistage en milieu de travail offriraient peu de valeur ajoutée.

L'étude ontarienne, entre autres[89], montre que la collaboration entre le secteur de la santé et l'industrie pour la mise en œuvre de programmes de dépistage et de promotion de la santé est tout à fait réalisable. La difficulté consiste à trouver la façon la plus efficace de tirer parti de l'expertise, de l'accessibilité et des ressources de chacun.

Situation canadienne actuelle

Les enquêtes sur la santé cardiovasculaire au Canada réalisées à la fin des années 1980 ont établi que 42 % des personnes hypertendues (tension artérielle systolique supérieure à 140 ou diastolique supérieure à 90, en moyenne, à quatre reprises ou prenant des médicaments antihypertenseurs) ignoraient qu'elles étaient hypertendues[90]. Cela signifie qu'environ 9 % de la population (42 % des 22 % de la population hypertendue) présente une hypertension non diagnostiquée. Parmi ces personnes, 61 % étaient âgées de 35 à 64 ans, 27 %, entre 65 et 74 ans et une faible proportion (12 %), étaient âgées de 18 à 34 ans.

---

[88] Ellis E, W, Irvine MJ, Legare J, Logan AG. *Small, Blue Collar Work Site Hypertension Screening : A cost-effectiveness study*, JOM 1994;36;3,346-355.

[89] Shoveller, JA, langille DB. *Cooperation and Collaboration between a Public Health Unit and Midsized Private Industry in Health Promotion Programming : The Polymer Heart Health Program Experience. Revue canadienne de santé publique 1993; 84;3;170-173.*

[90] Joffres.

Tableau 4 **Proportion des participants hypertendus qui ignoraient leur état, Enquête sur la santé cardiovasculaire, Canada, 1986-1990.**

	Proportion ignorant leur hypertension artérielle	
Groupe d'âge	**Hommes**	**Femmes**
18 à 34	64 %	19 %
35 à 64	43 %	36 %
65 à 74	45 %	36 %
Tous	47 %	35 %

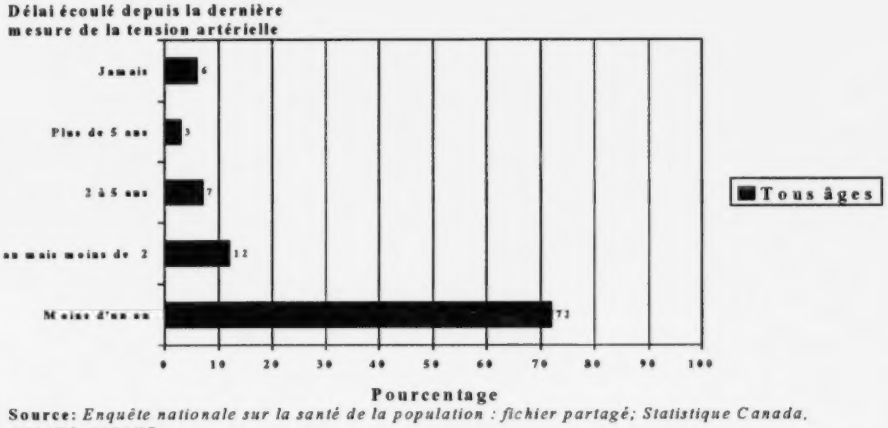
Plusieurs raisons pourraient expliquer pourquoi si peu de gens savent qu'ils sont hypertendus, notamment :

- Les gens ne font pas mesurer leur tension artérielle.
- Les médecins n'interprètent pas correctement les résultats et n'assurent pas le suivi nécessaire.
- Les gens se sont fait dire qu'ils étaient hypertendus mais ils ont oublié ou n'ont pas compris les conséquences de ce diagnostic. Ces personnes ne recevaient pas de médicaments pour leur hypertension.

La première raison fait ressortir la nécessité d'une plus grande sensibilisation de la population en général et des médecins de première ligne à l'importance du dépistage de l'hypertension artérielle. Les deux dernières raisons donnent à penser que les médecins doivent améliorer leur pratique clinique et leur façon de communiquer avec les gens.

Selon les résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996, une forte proportion de la population d'âge adulte avait fait mesurer sa tension artérielle au cours de l'année antérieure (72 %) ou entre un et deux ans auparavant (12 %) (figure 17). Cela signifie que, dans l'ensemble, environ 84 % de la population a fait mesurer sa tension artérielle au cours des deux années antérieures, ce qui équivaut à la ligne directrice canadienne minimale.

Figure 17: Proportion de la population qui a fait mesurer sa tension artérielle, selon le délai écoulé depius la dernière mesure, Canada 1996.



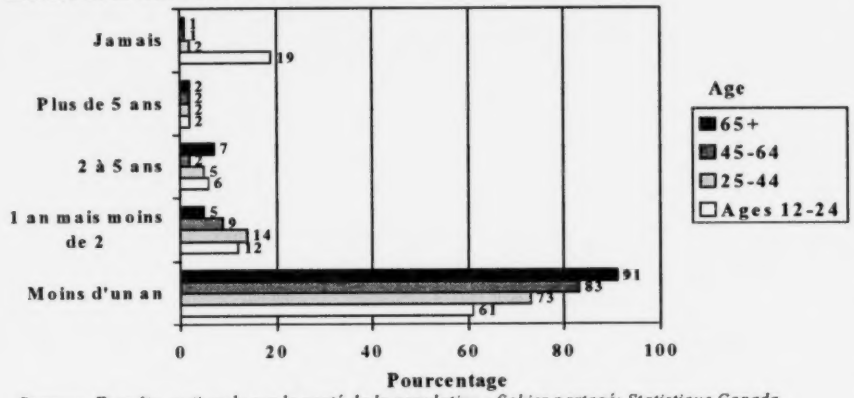
Source: *Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé; Statistique Canada, 1994/95, 1996/97.*

On note des différences considérables selon l'âge et le sexe dans la proportion de la population qui a fait mesurer sa tension artérielle. Ce sont les jeunes hommes adultes âgés de 25 à 44 ans qui affichaient le plus faible taux à cet égard (78 % satisfaisaient aux lignes directrices – 61 % au cours de la dernière année et 17 % entre 1 et 2 ans auparavant) (figure 19). Le pourcentage passait à 88 % chez les hommes âgés de 45 à 64 ans et à 95 % chez les hommes âgés de 65 ans et plus. Pour ce qui est des femmes, 87 % des femmes âgées de 25 à 44 ans, 84 % des femmes âgées de 45 à 64 ans et 91 % des femmes âgées de 65 ans et plus satisfaisaient aux lignes directrices minimales.

Le manque de sensibilisation des jeunes hommes s'explique peut-être en partie par le fait qu'une forte proportion d'entre eux n'avaient pas fait évaluer leur tension artérielle. Tel n'est pas le cas des hommes âgés de 35 à 64 ans, car c'est ce groupe qui affiche les taux les plus élevés d'évaluation de la tension artérielle. Ces chiffres portent à croire qu'il y aurait peut-être un problème en ce qui concerne l'interprétation des résultats et le suivi des hypertendus ou que ces personnes ne savent pas encore qu'elles sont hypertendues.

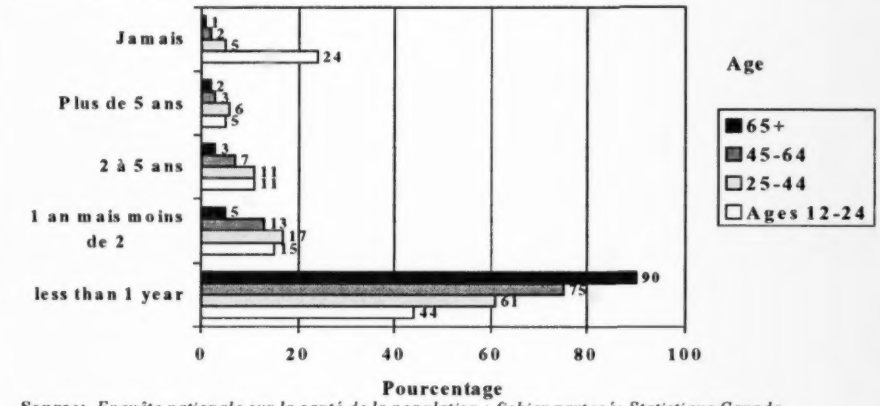
Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population, on ne demandait pas aux gens s'ils avaient fait mesurer leur tension artérielle, de sorte que certaines personnes ont peut-être fait mesurer leur tension artérielle ailleurs qu'au cabinet du médecin. Il est possible que ces personnes ne savaient pas comment interpréter le résultat ou n'ont pas consulté leur médecin pour obtenir un suivi.

Figure 18: Proportion des femmes qui ont fait mesurer leur tension artérielle, par âge, Canada, 1996.



Source: *Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé; Statistique Canada, 1996/97.*

Figure 19: Proportion des hommes qui ont fait mesurer leur tension artérielle, par âge, Canada, 1996.



Source: *Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé; Statistique Canada.*

Lacunes en ce qui concerne la détection précoce de l'hypertension artérielle

On ne dispose pas de données suffisantes pour expliquer pourquoi autant de personnes ne savent pas qu'elles sont hypertendues. Voici toutefois pistes d'explications :

- Certaines personnes ne font pas mesurer leur tension artérielle, en particulier les jeunes hommes et les hommes d'âge moyen.
- Dans le cas des personnes qui ont fait mesurer leur tension artérielle au cabinet du médecin, il pourrait y avoir eu un problème de communication et/ou d'un diagnostic par le médecin de première ligne.
- Dans le cas des personnes qui ont fait mesurer leur tension artérielle ailleurs qu'au cabinet du médecin, il est possible que certaines personnes ne se soient pas conformées aux recommandations en ce qui concerne le suivi.
- La population en général n'est peut-être pas assez sensibilisée à la nécessité de faire mesurer régulièrement sa tension artérielle.

Une autre raison pourrait être que les médecins de première ligne ne procèdent pas au dépistage systématique de l'hypertension dans le cadre des consultations courantes au cabinet pour d'autres motifs.[91] C'est peut-être là la seule façon de joindre les jeunes hommes et les hommes d'âge moyen qui ne consultent pas pour subir un examen médical périodique. Les professionnels de la santé ne sont peut-être pas au courant des lignes directrices concernant le dépistage bisannuel de l'hypertension artérielle chez les adultes.

Résumé

Les guides de pratique clinique recommandent que tous les adultes subissent un dépistage de l'hypertension artérielle tous les deux ans, ou plus souvent dans le cas de résultats limites. Cette mesure permettra le diagnostic précoce de l'hypertension artérielle. La normalisation des chiffres tensionnels permet d'abaisser le risque de maladie cardiovasculaire et d'accident vasculaire cérébral.

Il existe un problème majeur d'hypertension artérielle non diagnostiquée dans la communauté. S'il est vrai que de nombreuses personnes ont fait mesurer leur tension artérielle au cours des deux

---

[91] Aubin M et al.

dernières années, il reste que les jeunes hommes et les hommes d'âge moyen sont moins portés à la faire mesurer. Même le fait de faire mesurer sa tension artérielle n'aboutit pas nécessairement au diagnostic et au traitement des personnes hypertendues. Le médecin doit assurer le suivi des personnes dont les chiffres tensionnels étaient élevés au moment du dépistage en répétant les mesures avec de l'équipement bien étalonné en vue de poser le diagnostic. Le taux élevé d'hypertension non diagnostiquée parmi les personnes subissent un test de dépistage peut s'expliquer par le fait que les médecins ne reconnaissent pas la nécessité d'effectuer des évaluations plus poussées. Dans d'autres cas, la personne a peut-être fait mesurer sa tension artérielle ailleurs qu'au cabinet du médecin et n'a pas consulté pour obtenir un suivi.

Les stratégies suivantes contribueraient à réduire le nombre de personnes qui ignorent qu'elles sont hypertendues :

- Une campagne de sensibilisation s'adressant au grand public qui mettrait l'accent sur la nécessité et les bienfaits d'une évaluation régulière de la tension artérielle.
- Une campagne d'éducation destinée aux professionnels de la santé de première ligne qui explique les lignes directrices concernant le dépistage et la nécessité d'intégrer le dépistage aux consultations pour d'autres motifs en plus des examens médicaux périodiques.
- Des services de mesure de la tension artérielle qui assurent l'orientation vers un médecin en vue d'un suivi.

Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle

La Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle, la Société canadienne d'hypertension artérielle[92],[93], le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique[94], le United States Joint National Committee on Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure[95] et l'Organisation mondiale de la Santé[96] ont tous publié des lignes directrices

---

[92] Haynes RB et al.

[93] Ogilvie RI, Burgess Ed, Cusson JR, Feldman RD, Leiter LA, Myers MG. *Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference : 3. Pharmacologie treatment of essentiel hypertension.* Journal de l'Association médicale canadienne 1993; 149(5) :575-84.

[94] Canada. Santé et bien-être social Canada. Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle de l'hypertension au Canada. La prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle au Canada, 1986.

[95] United LStates. Department of Health and Human Services. *The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 1998.*

détaillées pour le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle. Ces lignes directrices sont essentiellement comparables.

Diagnostic

Lorsqu'une première évaluation de la tension artérielle indique qu'une personne est peut-être hypertendue, il est important d'effectuer des mesures répétées sur une certaine période afin de pouvoir poser un diagnostic d'hypertension artérielle (à moins que les chiffres tensionnels soient extrêmement élevés. La tension artérielle fluctue durant la journée et sur une période d'une semaine, ne faut-il jamais diagnostiquer une hypertension artérielle sur la foi d'un seul résultat isolé. Il est indispensable que la tension soit mesurée avec de l'équipement bien étalonné par des personnes qui ont reçu la formation nécessaire pour poser le diagnostic. Les chiffres de 140 mm Hg pour la tension systolique ou de 90 mm Hg pour la tension diastolique sont utilisés comme seuil pour poser le diagnostic d'hypertension artérielle.

Il est important de rassurer les gens qui n'ont pas d'autres résultats élevés après un résultat initial élevé lors du dépistage. Cette situation constitue toutefois une occasion idéale pour renforcer l'adoption de comportements sains en vue de prévenir l'hypertension dans l'avenir.

Les personnes hypertendues sont classées en groupes selon leurs chiffres tensionnels et l'existence de lésions des organes cibles. Cette classification est utilisée pour déterminer le mode de traitement afin de réduire le risque de maladie cardiovasculaire, d'accident vasculaire cérébral et d'autres maladies liées à l'hypertension artérielle.

Traitement

Les résultats de recherches démontrent clairement les avantages de traiter l'hypertension pour réduire l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, de l'infarctus du myocarde, des maladies coronariennes, de la mortalité vasculaire et de la mortalité totale.[97] La modification des habitudes de vie constitue la première intervention auprès des personnes hypertendues; elle vise à favoriser : [98]

- un poids-santé,
- une activité physique régulière,

---

[96] OMS. La lutte contre l'hypertension.

[97] Heenkins CH. *Lessons from Hypertension Trials*. Amer J of Med 1998; 104(6A) :50-S-53S

- une alimentation pauvre en sel,
- un apport alimentaire suffisant en calcium et en magnésium,
- une alimentation riche en fibres, en fruits et en légumes et en produits laitiers faibles en matières grasses,
- une consommation modérée d'alcool,
- la gestion du stress, et
- l'abandon du tabac. (Cette mesure n'entraînera pas une baisse de la tension artérielle, mais le tabagisme est si étroitement lié à un risque accru de maladie cardiovasculaire et d'accident vasculaire cérébral qu'il s'agit d'un élément essentiel d'une approche globale de la prise en charge des personnes hypertendues.)

L'atteinte d'un poids-santé est probablement le principal facteur lié aux habitudes de vie qui permet de réduire l'hypertension artérielle[99]. Une recension récente des thérapies proposées pour traiter l'obésité a établi qu'il n'existe aucun moyen simple d'aider les gens à perdre du poids[100]. De toute évidence, il faut effectuer d'autres recherches sur des traitements novateurs afin d'améliorer les connaissances concernant une perte de poids saine et le maintien de cette perte de poids à long terme. Entre temps, il faut proposer toute une gamme de programmes pour donner aux gens la possibilité de choisir la méthode qui leur convient le mieux. C'est là un service qui n'est pas offert par la plupart des médecins travaillant en cabinet et rémunérés à l'acte. Il faudrait peut-être avoir recours à une approche multidisciplinaire faisant appel à des diététistes, des psychologues et des infirmières. Les guides pratiques et les groupes d'entraide devraient également faire partie du programme. La promotion de l'activité physique est un élément essentiel d'un programme global parce qu'elle contribue à la réduction et au maintien du poids[101].

Selon les chiffres tensionnels, on peut également avoir recours à la pharmacothérapie pour obtenir une réduction de la tension artérielle plus importante que celle qui est possible uniquement par la

---

[98] Campbell et al. *Lifestyle modifications to prevent and control hypertension : 1. Methods and an overview of the Canadian recommendations.* Journal de l'Association médicale canadienne 1999; 160(2) Suppl) :S1-S6.

[99] He J, Whelton PK. *Epidemiology and Prevention of Hypertension.* Medical Clinics of North America 1997;81 :5;1077-1097.

[100] Douketis JD. Et al. Periodic Health examination, 1999 update : 1. Detection, prevention and treatment of obesity. Journal de l'Association médicale canadienne 1999; 160;4 :513-525.

[101] Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique : 644.

modification des habitudes de vie. Les diurétiques, les bêta-bloquants et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine devraient être les médicaments de première intention[102].

D'autres médicaments, comme les inhibiteurs des canaux calciques et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II sont des médicaments de deuxième intention et sont également utilisés pour des indications précises. Il existe des lignes directrices détaillées émises par des organisations professionnelles qui effectuent des revues régulières de la littérature et présentent des recommandations aux médecins concernant l'usage approprié des médicaments.

Les médicaments que l'on trouve actuellement sur le marché pour abaisser la tension artérielle sont des agents puissants et l'on peut s'attendre à ce qu'ils normalisent la tension artérielle[103]. Cependant, le traitement pharmacologique de l'hypertension n'est pas un processus simple. Il faut d'abord administrer une faible dose puis augmenter progressivement la posologie pour obtenir la réponse souhaitée. Il est important de tenir compte de l'âge de la personne ainsi que des effets secondaires éprouvés lors de l'ajustement de la posologie. En général, il est préférable d'ajouter une dose plus faible d'un autre médicament que d'administrer des doses plus élevées d'un seul médicament. Cette façon de procéder permet de mieux régulariser la tension et de réduire les effets secondaires. Par conséquent, il est indispensable de suivre attentivement la patient au fil des ans et de le faire participer aux décisions concernant son traitement.

Dans la plupart des cas, les médecin de première ligne devraient être en mesure de gérer efficacement le traitement pharmacologique de l'hypertension. Les spécialistes peuvent être consultés lorsque la chimiothérapie est plus complexe. Il est important que les spécialistes et le médecin de première ligne continuent de travailler en équipe avec la personne et sa famille dans de telles situations.

L'un des aspects les plus difficiles du contrôle de l'hypertension est l'adhésion du patient au traitement pharmacologique. Une étude récente réalisée en Saskatchewan a établi que seulement 78 % des personnes récemment diagnostiquées prenaient toujours fidèlement leurs médicaments à la fin de la première année[104]. Ce pourcentage est de 96 % chez les personnes présentant une hypertension artérielle installée. Après cinq ans, 46 % des personnes récemment diagnostiquées prenait toujours leurs médicaments alors que c'était le cas de 82 % des personnes ayant une hypertension artérielle installée. Parmi les hypertendus récemment diagnostiqués, les personnes

---

[102] Canadian Hypertension Society. *1999 Recommendations for Treatment of High Blood Pressure.* Sous presse.

[103] Dustan HP et al. *Controlling Hypertension : A Research Success Story. Arch Intern. Med. 1007;156 :1926-1934.*

[104] Caro JJ et al. *Persistence with treatment for hypertension in actual practice,* Journal de l'association médicale canadienne 1999 1999; 160 :1 :31-7.

âgées et les femmes étaient plus fidèles au traitement que les personnes plus jeunes et les hommes. Une revue des études a établi que les taux d'abandon initiaux variaient entre 16 et 50 % et qu'après deux ans, ils s'échelonnaient de 16 à 42 %[105].

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les gens cessent de prendre leurs médicaments, notamment[106]

- le coût des médicaments
- les effets secondaires
- le fait de se sentir bien et de ne pas sentir le besoin de prendre des médicaments
- le déni du diagnostic d'hypertension artérielle.

Il a été démontré qu'une meilleure observance des recommandations thérapeutiques était associée à certains déterminants comportementaux et à d'autres qui sont liés aux médicaments[107]. Certaines études laissent entendre qu'il y a une meilleure observance de la pharmacothérapie chez les gens dans les cas suivants :

- meilleure compréhension de l'hypertension artérielle et du plan de traitement,
- participation active au plan de traitement, y compris l'auto-surveillance de la tension artérielle, et sélection des médicaments anti-hypertenseurs,
- participation de la famille,
- éducation des pharmaciens concernant la communication avec les gens hypertendus,
- surveillance et contrôle accru,
- dose quotidienne unique de médicament, et
- effets secondaires peu fréquents.

---

[105] Feldman R et al. *Adherance to pharmacologie management of hypertension.* Dept. of Medicine, University of Western Ontario , 1998.

[106] Sanson-Fisher RW, Clover K. *Compliance in the Treatment of Hypertension : A Need for Action.* AJH 1995; 8 :82S-88S.

[107] Feldman R et al.

Les résultats de recherches laissent entendre qu'un programme de normalisation de l'hypertension artérielle devrait être mulditimensionnel et englober l'éducation, l'individualisation du traitement, l'auto-surveillance des médicaments et de la tension artérielle, la participation de la famille et un système de récompense pour la normalisation de la tension artérielle.[108],[109]. Les programmes d'éducation et de surveillance en milieu de travail peuvent également favoriser la fidélité au traitement.

Situation canadienne actuelle

Les enquêtes sur la santé cardiovasculaire au Canada ont permis d'établir qu'il y avait un problème majeur en ce qui concerne le contrôle de l'hypertension artérielle au Canada[110]. Parmi les personnes qui avaient reçu un diagnostic d'hypertension artérielle, seulement 28 % ont été traitées et ont vu leurs chiffres tensionnels se normaliser. Parmi les autres, 40 % étaient traitées mais sans succès et, enfin, 33 % n'étaient pas traités et leur tension artérielle n'était pas contrôlée. On a noté des différences importantes selon l'âge et le sexe dans la proportion des gens qui ont été traités avec succès (tableau 5).

La proportion des hypertendus de moins de 65 ans traités avec succès est beaucoup plus faible chez les hommes que chez les femmes. Cet écart s'explique en grande partie par le fait que les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à se faire traiter pour l'hypertension artérielle.

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996, 84 % des gens chez qui un médecin avait diagnostiqué une hypertension ont indiqué qu'ils se faisaient traiter pour ce problème. Dans les enquêtes sur la santé cardiovasculaire réalisée 5 à 10 ans auparavant, la proportion n'était que de 68 %. Il est difficile de déterminer s'il s'agit d'une augmentation réelle des taux de traitement en raison des différences dans les méthodes d'enquête.

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996 a mis en lumière des différences dans les taux de traitement des hommes et des femmes qui étaient comparables à celles relevées dans les enquêtes sur la santé cardiovasculaire (figure 20). Parmi les personnes traitées, 98 % prenaient des médicaments, seulement 12 % suivaient une diète et 1 % recevaient une autre forme de traitement. (figures 21 et 22)

---

[108] Ibid.

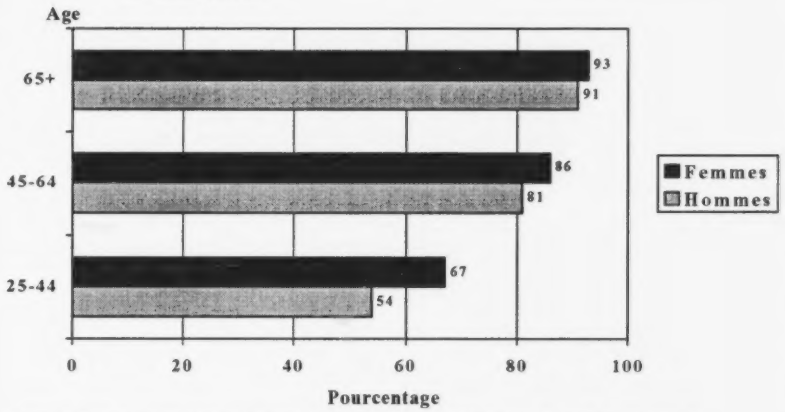
[109] Fodor et al. *Adherence to Nonpharmacologic Therapy for Hypertension.* (Article de synthèse). 1999

[110] Joffre.

Tableau 5 **Prévalence du contrôle de la tension artérielle chez les gens hypertendus, Canada, 1985-1990.**

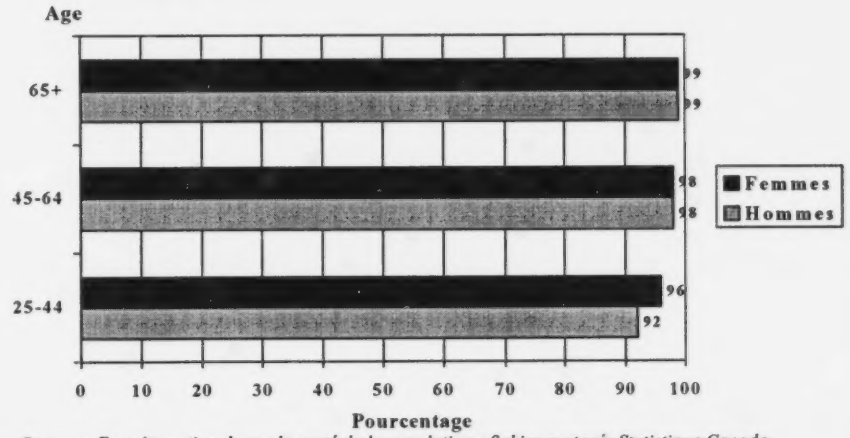
Groupe d'âge	Non traités, non contrôlés		Traités, non contrôlés		Traités et contrôlés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-34	67 %	33 %	14 %	16 %	19 %	51 %
35-64	39 %	27 %	37 %	39 %	25 %	34 %
65-74	27 %	17 %	49 %	59 %	24 %	25 %
Total	40 %	23 %	36 %	45 %	25 %	31 %

Figure 20: Proportion des hypertendus diagnostiqués par un professionnel qui suivent un traitemnt antihypertenseur, par âge et le sexe, Canada, 1996.



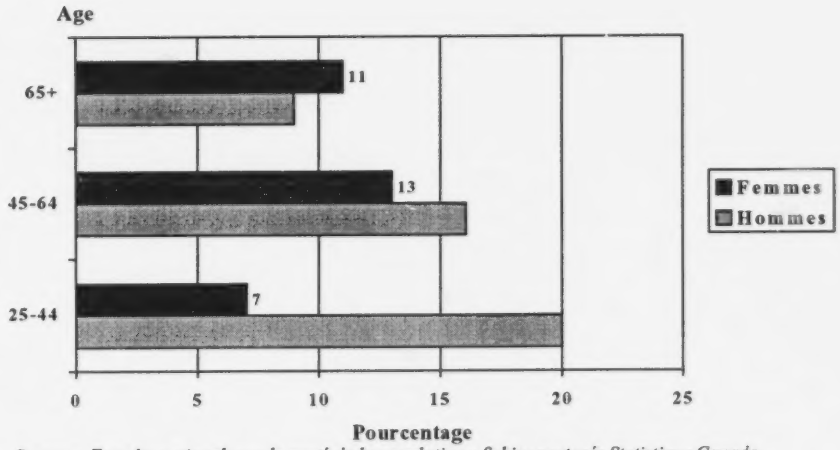
Source: *Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé; Statistique Canada, 1996/97.*

Figure 21: Proportion des hypertendus traités par un professionnel recevant une pharmacothérapie antihypertensive, selon l'âge et le sexe, Canada, 1996.



Source: *Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé; Statistique Canada, 1996/97.*

Figure 22: Parmi les hypertendus traités par un professionnel et recevant un traitement, proportion qui suit une diète pour l'hypertension, Canada, 1996.



Source: *Enquête nationale sur la santé de la population : fichier partagé; Statistique Canada, 1996/97.*

Ce sont les fournisseurs de services de santé de première ligne, habituellement les médecins de famille, qui prodiguent la plupart des soins aux personnes hypertendues. La plupart des médecins sont rémunérés à l'acte. Ce mode de rémunération limite leur capacité de fournir les services multidisciplinaires nécessaires pour venir en aide efficacement aux personnes à la fois pour les encourager à adopter des comportements sains et pour établir des plans de traitement pharmacologique conjoints. Plusieurs provinces font l'essai d'autres modèles de soins de santé primaires. Il sera important de veiller à ce que les besoins des personnes hypertendues soient satisfaits à l'aide de ces nouveaux modèles.

Les spécialistes sont appelés à prodiguer des soins aux cas plus complexes ou lorsque la tension artérielle est difficile à normaliser. Plusieurs centres au Canada ont créé des cliniques d'hypertension pour répondre à ce besoin. Il s'agit de cliniques où l'on offre des services multidiscilinaires et où l'on a recours à toute une gamme d'approches différentes pour normaliser la tension artérielle. Ces cliniques fournissent des services diagnostiques, une expertise pour le diagnostic et le traitement ainsi que des ressources additionnelles pour la surveillance ambulatoire de la tension artérielle et le counselling sur les habitudes de vie 24 heures sur 24. En raison du grand nombre de ressources nécessaires pour offrir ces services, ces cliniques ne sont accessibles qu'aux personnes dont la tension artérielle ne peut être normalisée dans les services de santé de première ligne.

Lacunes dans le diagnostic et le traitement de l'hypertension artériel

Il existe clairement des lacunes dans le système actuel de diagnostic et de traitement de l'hypertension artérielle au Canada.

- Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996, un grand nombre de personnes, les jeunes en particulier (46 %), ne reçoivent pas les traitements nécessaires pour l'hypertension artérielle une fois que celle-ci a été diagnostiquée.

- Un grand nombre de personnes hypertendus reçoivent uniquement une pharmacothérapie plutôt qu'une pharmacothérapie associée à des changements d'habitude de vie[111].

- Une forte proportion de personnes cessent de prendre leurs médicaments dans les six à 12 mois qui suivent le diagnostic[112]. Chez certaines personnes, le coût des médicaments représente l'un des obstacle à l'adhésion au traitement.

- Les modes de financement actuels limitent la capacité des services de santé de première ligne de fournir des services multidisciplinaires (éducation, auto-surveillance de la médication et de la tension artérielle) qui font participer le sujet et sa famille au programme de normalisation de la tension artérielle. Il faudrait développer les liens avec d'autres fournisseurs de soins comme les pharmaciens et les infirmières en santé du travail. On manque de ressources pour le counselling et l'éducation.

- Les médecins ne prescrivent peut-être pas les médicaments qui permettraient d'abaisser le plus efficacement la tension artérielle. Les guides de pratique clinique, qui sont fondés sur un examen rigoureux des données de recherche disponibles concernant le diagnostic et le traitement pharmacologique et non pharmacologique (modification des habitudes de vue) de la tension artérielle sont publiés régulièrement mais ne connaissent pas une large diffusion.

- Des milieux de travail et communautaires qui offriraient un meilleur soutien pourraient aider les gens à modifier leurs habitudes de vie, par exemple, aménagement de sentiers pédestres et de pistes cyclables, accessibilité d'aliments sains à prix modique et

---

[111] Canada. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population. 1996.*

[112] Feldman R et al.

programmes de perte de poids à la fois accessibles et peu coûteux. Les politiques gouvernementales et la législation pourrait également favoriser les habitudes de vie saines, par exemple, en obligeant l'industrie alimentaire à réduire la teneur en sel des aliments préparés.

- Il faudrait effectuer des recherches plus poussées sur des médicaments efficaces et des programmes destinés à favoriser la modification des habitudes de vie et l'adhésion au régime thérapeutique de même que le respect par les médecins et les autres professionnels de la santé des guides de pratique clinique.

Résumé

Le contrôle de l'hypertension artérielle dépend premièrement du diagnostic exact par le médecin au moyen d'une technique correcte et d'un instrument bien étalonné et, deuxièmement, de la participation de la personne et de sa famille au plan de traitement ou de prise en charge qui englobe à la fois des changements d'habitudes de vie et une pharmacothérapie. L'éducation, une surveillance étroite et un suivi, de même qu'une auto-surveillance de la pharmacothérapie peuvent contribuer à faire en sorte qu'une personne apportera les modifications nécessaires à ses habitudes de vie et prendra les médicaments qui lui sont prescrits. Les programmes en milieu de travail qui allient l'éducation et la surveillance à un système de récompense peuvent améliorer le contrôle de la tension artérielle.

Les stratégies suivantes peuvent contribuer à améliorer la normalisation de la tension artérielle chez les hypertendus.

- Continuer de produire des guides de pratique clinique concernant le diagnostic, la modification des habitudes de vie et le traitement pharmacologique de l'hypertension artérielle.

- Établir un processus formel de diffusion des guides de pratique clinique.

- Créer des environnements qui aideront les gens à adopter des habitudes de vie saines – par exemple, aménagement de sentiers pédestres et de pistes cyclables, amélioration de l'accessibilité à des aliments sains à prix modique et programmes de perte de poids accessibles et peu coûteux.

- Élaborer des politiques publiques et une législation qui favorisent l'adoption d'habitudes de vie saines, notamment qui obligent l'industrie alimentaire à réduire la teneur en sel des aliments préparés.

- Établir des politiques publiques qui feront en sorte que le coût des médicaments ne représentera plus un obstacle à l'observance de la pharmacothérapie antihypertensive.
- Établir des services de première ligne multidisciplinaires qui puissent offrir un programme intégré de contrôle de l'hypertension artérielle.
- Faire participer d'autres professionnels de la santé, notamment les pharmaciens et les infirmières en santé au travail, au programme.
- Poursuivre les recherches sur des médicaments et des programmes efficaces qui permettront d'accroître l'observance des recommandations relatives aux habitudes de vie et à la pharmacothérapie.

Appui au système

Il y a un grand nombre d'organisations, de professionnels de la santé et de groupes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs qui peuvent jouer un rôle dans la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle. Il est important de penser au soutien qui pourrait permettre à ces groupes et individus de fonctionner le plus efficacement possible dans un système global.

Il est possible de soutenir un système efficace au moyen

- **d'un effort concerté de planification, d'évaluation et de communication** pour faire en sorte que le système fonctionne efficacement de la façon la plus rentable possible;
- **de la surveillance** de l'incidence et de la prévalence de l'hypertension artérielle, de la prévalence des facteurs de risque, du recours à des interventions et des services préventifs et thérapeutiques et de la surveillance des résultats, dont la qualité de vie, l'incapacité et la mortalité et, enfin, de la diffusion de cette information aux décideurs;
- **de la recherche et de l'évaluation** et de la diffusion des résultats aux gestionnaires et aux cliniciens afin de permettre la prise de décisions fondées sur des preuves;
- de l'**éducation continue des pourvoyeurs de services**.

Efforts concertés de planification, d'évaluation et de communication

Il faut établir des mécanismes de coordination aux trois niveaux de prise de décision – national, provincial/territorial et local/régional – qui permettront aux organisations, aux pourvoyeurs de soins de santé et aux groupes de planifier et de travailler en collaboration. Ces mécanismes encourageraient la concentration des ressources de manière qu'elles aient le plus grand impact, d'éviter les chevauchements et d'assurer la continuité des services. Ils favoriseraient également la participation de la communauté elle-même dans la définition de ses besoins et la mise en œuvre des solutions.

À titre de regroupement de professionnels, d'organisations gouvernementales et d'organismes bénévoles, la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle pourrait s'acquitter de cette fonction à l'échelle nationale. Un organisme de coordination national pourrait avoir comme rôle :

- d'étudier les données de surveillance sur l'hypertension artérielle afin de définir les stratégies nécessaires et leur impact,
- de faire des recommendations concernant les politiques nationales,
- de coordonner les stratégies nationale des organisations nationales, et
- d'élaborer et de diffuser des guides de pratique clinique.

À l'heure actuelle, la Coalition ne bénéficie pas d'un financement permanent, ce qui limite son action. Elle est tributaire de la contribution des bénévoles des organisations membres, du gouvernement et des sociétés professionnelles. L'industrie pharmaceutique contribue également au financement d'un grand nombre d'activités.

Des coalitions semblables d'organisations provinciales/territoriales pourraient s'acquitter du rôle de coordination au niveau suivant et assurer la liaison avec l'organisation nationale. À l'échelon communautaire, plusieurs communautés ont connu une expérience positive avec les coalitions pour la santé cardiovasculaire qui réunissent des organisations de santé publique bénévoles, des organisations communautaires, des fournisseurs de services, l'industrie alimentaire, les restaurants, les médias et d'autres. Ce modèle fonctionnerait bien pour les volets prévention et dépistage d'un programme de lutte contre l'hypertension artérielle, mais devrait être complété par une autre organisation vouée au traitement de l'hypertension artérielle.

Surveillance

« La surveillance en santé publique englobe la collecte, l'analyse et l'interprétation continue et systématique de données relatives à la santé en vue de la description et de la surveillance d'un phénomène de santé. L'information ainsi recueillie doit être diffusée en temps utile aux décideurs. Elle est utilisée dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des initiatives de santé publique. Les données de surveillance sont utilisées pour déterminer la nécessité d'interventions en santé pub ue et pour évaluer l'efficacité des programmes ».[113] (Traduction)

Un système de surveillance représente un élément indispensable si l'on veut déterminer si les objectifs de santé définis pour une population ont été atteints ou s'il faut modifier les programmes ou les politiques. C'est la seule façon d'établir si les changements apportés aux politiques ou si les programmes de marketing social qui s'adressent à l'ensemble de la population sont efficaces. Les qualités d'un bon système de surveillance sont :[114]

- La simplicité, tant sur le plan de la structure que du fonctionnement.
- La souplesse, afin qu'il puisse s'adapter aux changements des besoins d'information ou des coûts de fonctionnement (temps, personnel ou fonds alloués).
- L'acceptabilité pour les personnes et les organisations qui participent au système.
- Une grande sensibilité (dans la proportion des phénomènes détectés par le système).
- Une valeur prédictive positive élevée (proportion des personnes définies comme un cas qui sont effectivement hypertendues).
- La représentativité (une description exacte de la survenue du phénomène de santé dans le temps et sa distribution dans la population par endroit et par personne).
- L'opportunité (un délai minimal entre les étapes du système de surveillance).

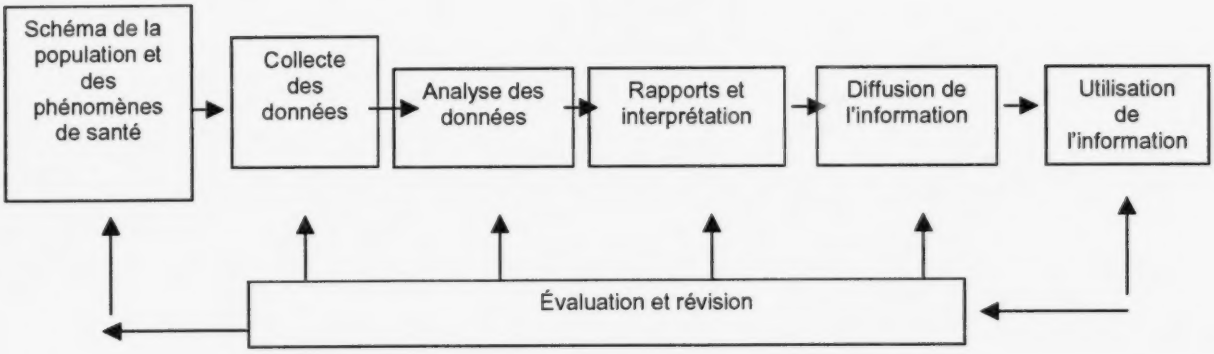
Les principaux éléments d'un système de surveillance sont présentés à la figure 1.

---

[113] United States. Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines for evaluating surveillance sytstems*, On CDC WONDER. cwus@cdc.gov. Atlanta, USA.

[114] Ibid.

Figure 23 Éléments du système de surveillance



Le système de surveillance actuel est très limité. L'Enquête nationale sur la santé de la population fournit de l'information sur la prévalence des facteurs de risque signalés par les répondants tous les deux ans à l'échelle nationale et provinciale. Il faut entre 18 mois et deux ans avant que les données soient accessibles aux responsables de la planification. S'il est vrai que cette information est utile, elle ne fournit aucun renseignement sur l'alimentation et elle n'est pas à jour. Il n'y a aucune enquête continue qui permette de déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle non diagnostiquée, traitée et contrôlée ou traitée et non contrôlée dans la population canadienne aux échelles nationale, provinciale ou territoriale.

Les Enquêtes sur la santé cardiovasculaire menées dans toutes les provinces pendant les années 80 ont permis d'élaborer une méthodologie qui pourrait être utilisée pour surveiller la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle dans la population. Les responsables de ces Enquêtes ont mis au point des outils et des méthodes de collecte des données qui étaient acceptables à toutes les provinces. Les enquêteurs ont été capables d'analyser les données de façon multidimensionnelle, de préparer des rapports et de diffuser les données par divers moyens à la communauté des chercheurs. On ne sait pas si les décideurs ont utilisé l'information pour infléchir les décisions au sujet des politiques et des services.

La base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé et la base de données sur la mortalité de Statistique Canada fournissent des renseignement utiles, mais elles seraient beaucoup plus utiles si elles étaient couplées entre elles au moyen d'un code d'identification unique ainsi qu'à d'autres bases de données, comme la base de données sur la facturation des médecins et les bases de données sur les soins à domicile.

Recherche et évaluation

La recherche et l'évaluation des programmes fournissent les informations nécessaires pour faire en sorte que les ressources soient utilisées de façon efficace et rentable et que les décisions cliniques soient bénéfiques pour la personne. Aussi, faut-il un lien étroit entre les chercheurs et les cliniciens, les gestionnaires et les décideurs dans le cadre d'un système national.

De très nombreux projets de recherche sont en cours sur l'efficacité de médicaments utilisés pour traiter l'hypertension artérielle. Très peu de recherches ont toutefois été réalisées sur l'efficacité des programmes de prévention et des services de santé. Les sources de financement et les chercheurs sont moins nombreux dans ce domaine. Les plans d'étude sont complexes parce que de nombreuses interventions ne se prêtent pas aux études comparatives randomisées.

Éducation continue des fournisseurs de services

Les connaissances sur l'hypertension évoluent constamment. Il faudrait établir un mécanisme qui aiderait les cliniciens à avoir accès aux connaissances les plus récentes. Certaines sociétés professionnelles et la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle ont entrepris de passer en revue la littérature scientifique et d'élaborer des guides de pratique clinique afin d'aider les cliniciens à prendre des décisions fondées sur des données probantes.

La recherche sur l'impact des guides de pratique clinique semble indiquer que la publication de tels guides n'est pas une mesure suffisante pour changer le comportement des médecins. Les médecins et les autres professionnels de la santé ne montrent pas tous le même empressement à adopter de nouvelles recommandations concernant la pratique[115]. Voici quelques facteurs qui permettront de déterminer si une innovation sera adoptée ou non :

- Les données proviennent de la littérature scientifique.
- Un expert ou une sommité dans le domaine s'est prononcé en faveur du changement.
- La pratique est validée par des leaders d'opinion.
- La pratique est facile à mettre en œuvre.
- Certains facteurs facilitent l'adoption de la pratique.

---

[115] Elford RW, JUennet T P, Bell N, Szafran O, Meadows L. *Putting prevention into practice.* Health Rep 1994;6 :142-153.

- Il y a des facteurs de renforcement – feedback positif.

Les interventions qui reçoivent un accueil favorable comportent plusieurs volets et sont adaptées au degré de réceptivité des fournisseurs de soins. Elles comportent également des éléments de prédisposition, de facilitation et de renforcement et allient des « experts », des pairs et la littérature[116].

À l'heure actuelle, les guides de pratique clinique (GPC) sont publiés dans la littérature scientifique mais ne connaissent pas d'autre diffusion. L'Association médicale canadienne a fait les recommandations suivantes pour la mise en œuvre des guides de pratique clinique en se fondant sur la recherche existante :[117]

- Créer un processus solide dès le départ en faisant participer les fournisseurs de services à l'élaboration des guides.
- Effectuer une évaluation des besoins.
- Utiliser des interventions multiples à l'échelle locale.
- Exploiter les structures existantes.
- Avoir recours aux mécanismes de soutien mutuel.
- Inclure l'évaluation pour orienter le processus.
- Faire participer le public.
- Reconnaître que les GPC sont un outil dynamique et établir un mécanisme pour les modifier au besoin et intégrer ce mécanisme dans le système.

Pour qu'une stratégie de prévention et de lutte contre l'hypertension soit efficace, il faut que les professionnels de la santé éduquent la population concernant les comportements sains et l'importance du dépistage. Pour leur part, les professionnels de la santé doivent dépister, diagnostiquer et traiter correctement l'hypertension artérielle. Il est donc impérieux d'avoir un mécanisme continu d'élaboration de guides de pratique clinique et d'apprendre aux professionnels de la santé à les utiliser. Aussi, l'éducation ne porte-t-elle pas seulement sur l'usage des médicaments

---

[116] Davis DA, Thomson MA, Oxman AD and Haynes RB. *Changing physician performance : a systematic review of the effect of continuing medical education strategies.* JAMA 1995;274 :9 :700-705.

[117] Association médicale canadienne. *Implementing CPG's : A Handbook for Practitioners.* Site Web de l'AMC.

mais encore sur d'autres sujets comme la communication, l'éducation en matière de prévention, l'usage des technologies de l'information et la participation du patient et de sa famille au plan de soins.

Résumé

La prévention et le contrôle l'hypertension artérielle est une entreprise complexe à laquelle participent un grand nombre de professionnels de la santé, d'organisations et de groupes. Pour répondre effectivement aux besoins de la population, il faut penser au soutien dont a besoin le système de prévention et de lutte contre l'hypertension pour être à la fois efficace et rentable.

- Soutenir les coalitions ou les réseaux existants ou en créer de nouveaux à l'échelle locale, provinciale/territoriale et nationale afin de faciliter la planification conjointe et la collaboration.
- Poursuivre les travaux en cours en vue de la création d'un système continu de surveillance des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux afin d'évaluer la prévalence des facteurs de risque, la sensibilisation de la population à l'hypertension artérielle et la prévalence de l'hypertension artérielle traitée et contrôlée.
- Continuer d'effectuer des recherches sur tous les aspects de la prévention et du contrôle de l'hypertension artérielle en mettant l'accent sur les conséquences pour la population et sur la recherche dans le domaine des services de santé.
- Élaborer un processus de formation continue des professionnels de la santé débutant dans les écoles professionnelles.

AUTRES PROGRAMMES NATIONAUX DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Plusieurs autres pays ont mis en œuvre des campagnes importantes de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle. Celles-ci fournissent des idées utiles dont le Canada peut s'inspirer dans l'élaboration de son propre programme de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle.

L'Organisation mondiale de la Santé œuvre depuis 1985 dans le domaine de la prévention et du contrôle de l'hypertension artérielle[118]. Une étude récente a permis d'établir que la majorité des programmes communautaires de lutte contre l'hypertension étaient taxés sur la détection et le traitement plutôt que sur la prévention. Aussi, a-t-on assisté à une baisse des tensions artérielles moyennes ajustées selon l'âge dans diverses populations, mais l'incidence (nouveaux cas) n'a pas suivi cette tendance. L'amélioration observée de la tension artérielle moyenne était attribuable à l'usage répandu de la pharmacothérapie antihypertensive. L'article conclut qu'il faut mettre davantage l'accent sur la prévention afin de réduire les coûts prohibitifs des soins et du traitement pharmacologique de l'hypertension artérielle.

Le programme national allemand de lutte contre l'hypertension artérielle, mis sur pied en 1985, comportait quatre modules mis en œuvre dans des communautés différentes et dans divers secteurs de la communauté allemande[119].

- Un programme de dépistage de l'hypertension artérielle et de suivi en milieu de travail a été mis en œuvre à l'intention des hommes âgés de moins de 50 ans. À la fin de la période de deux ans, on notait une amélioration du taux de traitement et de normalisation de la tension artérielle.

---

[118] Gyarfas I. *Lessons form worldwide experience with hypertension control.* Journal of human Hypertension 1996 ; 10 : suppl 1 : S21-25.

[119] Hense H. *Successful modules of community hypertension control programs – Examples from the German National High Blood Pressure Programme.* J Hum Hypertens 1996 ; 10 (Suppl. 1) : S13-6.

- Plus de 200 cours de formation sur la mesure de la tension artérielle ont été organisés à l'intention des infirmières et des médecins dans différentes régions du pays.

- Un grand nombre de cours d'auto-surveillance de la tension artérielle ont eu lieu d'un bout à l'autre du pays à l'intention de personnes hypertendues.

- Une ligne d'assistance cardiovasculaire mise à la disposition du grand public offrait de l'information sur les maladies cardiovasculaires, les manifestations cliniques, le traitement et la prévention. Ce service était utilisé principalement par les personnes atteintes d'hypertension artérielle ou de maladies cardiovasculaires.

- On tient des conférences semestrielles sur l'hypertension artérielle dans le but d'offrir un point de rencontre aux divers groupes très différents qui oeuvrent dans le domaine de la prévention des maladies cardiovasculaires. Ces conférences servent également de tribune pour susciter l'intérêt des médias. Ainsi, l'hypertension artérielle reçoit une couverture médiatique qu'elle ne recevrait pas autrement.

Aux États-Unis, une proportion importante de l'apport quotidien en sel (75 %) est imputable à la consommation d'aliments préparés.[120] Il faudrait que les fabricants, les négociants et les distributeurs de produits alimentaires s'engagent à modifier la teneur en sel des aliments transformés. À l'heure actuelle, le gouvernement américain et l'industrie alimentaire ont convenu de réduire progressivement la quantité de sel ajoutée aux aliments transformés.

Le National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP)[121], établi en 1972, représente un effort conjoint d'agences professionnelles et bénévoles du secteur de la santé, de services de santé des États et d'un grand nombre de groupes communautaires. Le programme est administré et coordonné par le National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), l'une des 17 agences des Natonal Institutes of Health (NIH).

Le NHBPEP vise à réduire le taux de mortalité et d'incapacité associé à l'hypertension artérielle au moyen de programmes d'éducation des professionnels, des patients et de la population. Les stratégies mises en oeuvre pour atteindre cet objectif englobent l'élaboration et la diffusion de

---

[120] James WPT, Ralph A, Sanchez-Castillo CP. *The dominance of salt in manufactured food in the sodium intake of affluent* societies. Lancet 1987 ; 1 : 426-9.

[121] États-Unis. US Department of Health and Human Services. National Heart, Lung and Blood Institute. *Program Description*. National High Blood Pressure Prevention Education Program, 1999. Site Web : http://www.nlhbi.nih.gov/nhlbi/othcomp/opec/nhbp_pd.htm

programmes et de matériel éducatif qui reposent sur des fondements scientifiques solides de même que sur la création de partenariats entre les participants au programme.

Pour aider les participants au programme à mener à bien leurs efforts, le NHBPEP offre des ressources dans cinq grands domaines :

- collecte et diffusion d'information;
- éducation de la population, des patients et des professionnels;
- élaboration de programmes communautaires;
- évaluation et analyse de données;
- transfert technologique et distribution électronique.

Les connaissances de la population en ce qui concerne les séquelles de l'hypertension artérielle se sont accrues de façon considérable. Aujourd'hui, presque tous les Américains ont fait mesurer leur tension artérielle au moins une fois, et environ 75 % de la population la fait mesurer tous les six mois. Au cours des deux dernières décennies, le nombre de personnes hypertendues qui sont conscientes de leur état a beaucoup augmenté. En outre, le pourcentage de personnes hypertendues qui suivent un traitement pharmacologique et parviennent à normaliser leur tension artérielle s'est aussi amélioré de façon considérable. Lorsqu'on compare les tensions artérielles moyennes mesurées dans le cade de quatre enquêtes nationales sur la santé menées entre 1960 et 1991, on note une réduction de 10 mm Hg de la tension artérielle systolique et de 5 mm Hg de la tension diastolique pendant cet intervalle. Ces baisses remarquables indiquent que la population américaine a entendu les messages du NHBPEP et a agi en conséquence. Mais, ce qui est plus important encore, c'est que cette baisse importante des tensions artérielles moyennes a eu un effet notable sur la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et aux accidents vasculaires cérébraux.

En Finlande, on a reconnu qu'une hypertension modérée était à l'origine de beaucoup plus d'accidents vasculaires cérébraux, de crises cardiaques et d'autres complications qu'une hypertension artérielle sévère nécessitant une pharmacothérapie[122]. Ce phénomème s'explique par le fait que même si le risque est inférieur dans le groupe présentant une hypertension légère, il s'agit d'un groupe beaucoup plus important. Aussi, la Finlande a-t-elle axé principalement ses efforts sur la modification des habitudes de vie dans l'ensemble de la population et chez les personnes légèrement

---

[122] Karppanen H, Mervaala E. *Adherence to and population impact of non-pharmacological antihypertensive therapy.* J. of Human Hypertension 1996 ; 10 : Supl 1 : S57-61.

hypertendues. On a adopté un vaste programme axé sur une alimentation plus saine et d'autres comportements liés à la santé complété par un programme de counselling intensif destiné aux personnes hypertendues.

Deux éléments critiques de la stratégie finlandaise étaient la réduction de la teneur en sel des aliments par la promulgation de mesures législatives visant les aliments préparés et une vaste campagne de marketing social portant sur les effets néfastes du sel. L'usage du Pansalt[md], un sel minéral à teneur réduite en sodium mais riche en potassium, en magnésium et en l-lysine a augmenté de façon considérable et s'est traduit par une baisse importante du rapport sodium:potassium auparavant très élevé d'un grand nombre d'aliments. La baisse de ce rapport ainsi que la réduction des gras alimentaires expliqueraient, semble-t-il, la baisse de la tension artérielle ainsi que la chute de 60 % des décès imputables aux accidents vasculaires cérébraux et aux cardiopathies ischémiques entre 1972 et 1992 chez les hommes et les femmes âgés de 30 à 59 ans.

La Ligue espagnole contre l'hypertension artérielle a été constituée en 1978. Elle a élaboré trois stratégies qui s'adressent : 1) aux médecins et aux autres professionnels de la santé ; 2) aux personnes hypertendues ; et 3) au grand public[123]. Le programme destiné aux professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes) a été conçu pour mieux les sensibiliser au rôle important qu'ils doivent jouer dans le diagnostic, le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle, et pour améliorer leurs connaissances au moyen d'un programme de formation continue. La Ligue a déployé des efforts pour améliorer la relation médecin-malade afin d'accroître l'observance des recommandations relatives à la pharmacothérapie et aux changements des habitudes de vie. Un programme communautaire de prévention et de lutte contre l'hypertension a été mis en œuvre pour fournir de l'information au grand public. Les médias et l'industrie pharmaceutique ont appuyé le programme espagnol. En revanche, l'appui des sociétés médicales et du gouvernement a été mitigé.

Selon le rapport technique de l'OMS sur la lutte contre l'hypertension, il y a un besoin stratégique de savoir si les divers aspects des politiques de lutte sont appropriés et comment ils peuvent être améliorés. Pour ce faire, il faut notamment comparer la morbidité et la mortalité après la mise en œuvre de stratégie de lutte contre l'hypertension, les chiffres tensionnels, la sensibilisation de la population à l'hypertension et les taux d'hypertension traités et non traités dans la population.

---

[123] Arand A. *Arterial hypertension in Spain : the experience of the Spanish League.* J. of Human Hypertension 1996 ; 10 : suppl 1 : S73-75.

D'autres pays ont établi des systèmes de surveillance. Les U.S. National Health and Nutrition Examinations Surveys (NHANES) I à III ont évalué des programmes destinés à l'ensemble de la population en mesurant le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic d'hypertension artérielle, le nombre de personnes traitées et le nombre de personnes dont la tension artérielle était normalisée.[124] Le projet MONICA de l'OMS a recueilli de l'information sur les facteurs de risque de coronaropathies dans 40 populations d'hommes et de femmes âgés de 35 à 65 ans.

Dans le projet de contrôle de la prise en charge de l'hypertension de l'OMS et la Ligue mondiale contre l'hypertension, cinq approches ont été utilisées pour évaluer la lutte contre l'hypertension dans 17 groupes participants dans 10 pays européens.[125,126]

- **L'approche fondée sur la population (ou épidémiologique)** consiste en une enquête auprès de l'échantillon aléatoire d'une population pour évaluer la sensibilisation à l'hypertension dans la communauté (p. ex. le nombre d'hypertendus non diagnostiqués et non soignés) et d'hypertendus surdiagnostiqués et vraisemblablement traités inutilement.

- **L'approche fondée sur le malade** est une analyse clinique du traitement d'un échantillon de patients visant à évaluer de façon rétrospective la qualité des soins (d'après les dossiers médicaux) et l'examen du patient (au moyen des directives relatives au traitement de la Société internationale de l'hypertension).

- **L'approche fondée** sur les usagers évaluait la satisfaction des patients à l'égard des soins, leur volonté de suivre les conseils et leurs plaintes éventuelles concernant les soins reçus.

- **L'approche fondée sur le médecin** évaluait les connaissances et les aptitudes des médecins qui traitaient des patients hypertendus.

- Enfin, **l'approche fondée sur l'utilisation des médicaments** a évalué le volume des médicaments antihypertenseurs prescrits en doses journalières définies par rapport au nombre d'habitants d'une communauté et à la prévalence de l'hypertension. La prévention primaire n'a pas été évaluée et le contrôle ne portait que sur un petit nombre de populations. Une méthode plus étendue qui englobe la prévention primaire et le rôle de chef de file joué par les organisations et les sociétés nationales représenteraient une

---

[124] OMS. La *lutte contre l'hypertension.*

[125] Ibid.

[126] Strasser T. *Auditing hypertension control and management : a position paper.* J. Hum Hypertens 1996 ; 10 (Suppl. I) : S27-8.

amélioration par rapport au modèle de « contrôle » actuel. On a proposé un protocole de contrôle dynamique qui comporterait des « boucles » de rétroaction.

Lackland s'est fondé sur le projet original de contrôle de la prise en charge de l'hypertension et a cerné un certain nombre de questions précises qui sont essentielles à l'élaboration d'une méthode d'évaluation.[127] Il faut effectuer des estimations exactes de l'hypertension et de son contrôle. Étant donné que les estimations varient d'une population à l'autre[128] (3) et que la sensibilisation, le traitement et le contrôle varient dans le temps, il a été proposé de créer un groupe de travail international qui serait chargé d'établir un système détaillé de protocoles standards et de méthodologies communes pour la détection, l'intervention, le suivi, l'évaluation et la prise en charge de l'hypertension. Ce système pourrait être appliqué et adapté aux populations hypertendues du monde entier et nécessiterait un réseau de cliniciens et de chercheurs travaillant en collaboration.

Sommaire

L'Organisation mondiale de la Santé a défini la prévention et la lutte contre l'hypertension comme étant un objectif important pour tous les pays. Il englobe le diagnostic et la prise en charge efficace des personnes hypertendues, mais fait ressortir la nécessité de mettre davantage l'accent sur la prévention de l'hypertension artérielle et sur les changements des habitudes de vie de l'ensemble de la population. Certains autres pays ont élaboré une approche concertée de cet important problème de santé faisant appel à un conseil de coordination et à toute une gamme de stratégies qui s'adressent aux professionnels de la santé, au grand public et aux personnes hypertendues. La promulgation de mesures législatives visant à limiter la quantité de sel dans les aliments alliée à un programme de marketing social portant sur les effets néfastes du sel semblent représenter une nouvelle stratégie fort prometteuse.

---

[127] Lackland DT. *An inernational working party on assessing hypertension control in populations : a proposal.* J Hum Hypertens 1996 ; 10 (Suppl. 1) : S290-31.

[128] OMS. La *lutte contre l'hypertension.*

DESCRIPTION D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Introduction

L'hypertension artérielle représente un problème de santé répandu et sérieux au Canada. Les recherches indiquent qu'on pourrait faire plus pour la prévenir et la contrôler et pour réduire ainsi l'incidence des affections cardiaques, rénales, vasculaires et des accidents vasculaires cérébraux qui y sont associés. Cette partie du rapport exposera une stratégie de prévention et de contrôle qui exigera un engagement de la part des individus, des professionnels de la santé, des gouvernements, des organisations communautaires et de divers autres secteurs de travailler en collaboration afin de s'attaquer aux causes sous-jacentes de l'hypertension artérielle et de répondre aux besoins des personnes hypertendues.

Principes qui sous-tendent la stratégie

La Stratégie nationale de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle est fondée sur une approche de la santé de la population pour faire en sorte que les ressources soient attribuées de la façon la plus efficace possible afin d'améliorer la santé de la population. Voici les implications des preuves étudiées dans la section précédente pour la prévention et le contrôle de l'hypertension au Canada.

1. Les résultats de recherches et les évaluations de programme orientent la prise de décision.

- Si beaucoup de recherches ont déjà été effectuées jusqu'ici, il faudra néanmoins réaliser d'autres recherches fondamentales, cliniques, communautaires et épidémiologiques sur

la prévention et le contrôle de l'hypertension. Ces recherches devront être à la fois qualitatives et quantitatives.

- On note des écarts entre les mesures qui devraient être prises, selon les résultats de recherches, et ce qui est fait en réalité. Il faut à tout prix améliorer le mécanisme de diffusion des résultats de recherches aux décideurs, et ceux-ci doivent intégrer ces résultats à leur processus de décision.

- Les résultats de recherches doivent être intégrés dans les guides de pratique clinique sur le counselling relatif aux habitudes de vie, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des personnes hypertendues.

- L'évaluation doit être intégrée à tous les programmes, les services et les politiques. Les résultats doivent déterminer les changements à apporter afin d'accroître l'efficacité.

2. **Les stratégies sont choisies en fonction de l'importance des répercussions qu'elles auront sur l'ensemble de la population. Les stratégies sont conçues à la fois pour prévenir les problèmes de santé et pour répondre aux besoins des personnes atteintes de ces problèmes.**

    - Premièrement, la promotion d'habitudes de vie saines (une alimentation saine incluant une réduction de la consommation de sel, le maintien d'un poids-santé, l'activité physique régulière et une consommation modérée d'alcool) pour l'ensemble de la population représente probablement la mesure la plus efficace de prévention primaire de l'hypertension artérielle.

    - Deuxièmement, des programmes coordonnés et efficaces de dépistage de l'hypertension artérielle assortis d'un suivi approprié sont nécessaires si l'on veut diagnostiquer l'hypertension artérielle.

    - Troisièmement, il faut traiter plus efficacement l'hypertension artérielle en encourageant la population à modifier ses habitudes de vie, comme avoir une alimentation saine (à faible teneur en sel, riche en fibres, pauvre en matières grasses, maintien d'un poids-santé), une activité physique modérée, une consommation modérée d'alcool et une bonne gestion du stress, et par l'addition d'une pharmacothérapie appropriée conforme aux guides de pratique clinique. Un suivi approprié par le professionnel de la santé aidera les personnes hypertendues à apporter les changements nécessaires à leurs habitudes de vie pour contrôler leur tension artérielle.

3. **La stratégie tient compte des grands déterminants de la santé (biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux) et reconnaît leur complexité et leurs interactions. Elle vise notamment à faire en sorte que les programmes, les politiques et les services tentent de répondre aux problèmes d'inégalité et d'accès aux services de santé dans la population.**

    - Il faut s'attaquer à la question des valeurs sociales, des normes et des rôles qui influent sur l'image corporelle des hommes et des femmes afin d'aider la population à maintenir un poids-santé.

    - Les politiques sociales doivent faire en sorte que toutes les personnes et les familles aient accès à un logement et un revenu décents, une alimentation suffisante et puissent apporter une contribution valable à la société et vivre sans faire l'objet de discrimination.

    - Les services de santé doivent être accessibles et tenir compte des besoins particuliers associés, par exemple, à la culture, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le revenu et l'éducation.

4. **Des stratégies multiples sont utilisées dans divers milieux du secteur de la santé et d'autres secteurs, au besoin. On a recours à une approche coopérative qui fait appel à des « experts » et des professionnels de la santé, au gouvernement, à des membres de la communauté et aux secteurs public, bénévole et privé.**

    - Les programmes de prévention communautaire doivent être mis en œuvre de concert avec les programmes de promotion de la santé existants, en particulier les programmes de « santé cardiovasculaire ».

    - Il faut développer des mécanismes qui feront participer des personnes hypertendues à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes pour que leurs besoins soient comblés.

    - Il faut constituer des équipes multidisciplinaires de services de santé de première ligne qui travailleront ensemble à la prise en charge de l'hypertension artérielle.

    - Les programmes et les services pourront être mis en œuvre dans les milieux de travail, à l'école et dans la communauté en général.

- Divers secteurs doivent jouer un rôle en réduisant la teneur en sel des aliments préparés et en offrant des choix alimentaires sains (restaurants, industrie alimentaire, cafétérias en milieu de travail et scolaire), et en assurant l'accès à des possibilités de faire de l'activité physique (loisirs, routes, milieu de travail, gouvernement local). Dans certains cas, il pourrait être nécessaire d'adopter des lois pour soutenir ces efforts.

Objectifs de santé

La définition d'objectifs de santé est un élément capital d'une stratégie de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle. Les objectifs permettent de cerner clairement les changements qui doivent être apportés dans la population afin d'améliorer la santé. Les cibles spécifiques des objectifs sont fondées sur les résultats des enquêtes sur la santé cardiovasculaire réalisées au début des années 1990[120].

Tableau 6 Objectifs de santé

Objectif de santé	Cible
Réduire la prévalence de l'hypertension artérielle non contrôlée au Canada	
Sous-objectifs	
a) Réduire l'incidence de l'hypertension artérielle chez les Canadiens.	De 10 % d'ici l'an 2005 (l'estimation actuelle est de 22 % de la population âgée de 18 à 74 ans).
b) Réduire la proportion de Canadiens qui ne savent pas qu'ils sont hypertendus.	De 10 % d'ici l'an 2005 (l'estimation actuelle est de 9,2 % de la population, ou 42 % des personnes hypertendues).
c) Réduire la prévalence de l'hypertension non contrôlée chez les personnes qui ont reçu un diagnostic d'hypertension.	De 10 % d'ici l'an 2005 (l'estimation actuelle est de 9,3 % de la population, ou 43 % des personnes ayant reçu un diagnostic d'hypertension artérielle.

[120] Joffres et al.

Résultats des programmes

Les objectifs de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle seront atteints par la mise en œuvre de programmes, de politiques et de services qui visent à réaliser les changements suivants dans la population :

Résultat à long terme des programmes	Groupe cible
1. Amélioration des habitudes de vie de tous les Canadiens – poids-santé, alimentation saine, activité physique régulière, consommation modérée d'alcool et gestion du stress – afin de prévenir l'apparition de l'hypertension artérielle.	▪ Ensemble de la population ▪ Santé publique ▪ Fournisseurs de services de santé ▪ Organisations communautaires ▪ Gouvernements ▪ Secteur bénévole ▪ Milieu de travail, écoles ▪ Secteur autre que la santé
2. Augmentation du nombre de Canadiens chez qui la tension artérielle est mesurée et interprétée correctement afin d'améliorer la détection précoce de l'hypertension artérielle.	▪ Tous les adultes ▪ Fournisseurs de services de santé de première ligne
3. Amélioration de la recherche, du diagnostic et du traitement de l'hypertension artérielle au moyen de changements des habitudes de vie, de la prise de médicaments et du suivi conformément à des guides de pratique clinique fondés sur des preuves.	▪ Fournisseurs de services de santé de première ligne ▪ Fournisseurs de soins spécialisés ▪ Pharmaciens ▪ Organisations de professionnels de la santé ▪ Universités ▪ Gestionnaires de services de santé
4. Augmentation du nombre de personnes hypertendues qui adoptent des comportements sains et prennent correctement les médicaments qui leur sont prescrits.	▪ Personnes chez qui l'on a diagnostiqué une hypertension artérielle ▪ Familles de personnes hypertendues. ▪ Fournisseurs de services de santé

	▪ Fournisseurs de services sociaux ▪ Mêmes organisations qu'au numéro 1 ci-dessus oeuvrant dans le domaine de la promotion d'habitudes de vie saines

Ces résultats à long terme des programmes pourront être réalisés grâce à la mise en œuvre des changements présentés dans le tableau suivant des résultats à court terme des programmes :

Résultats à court terme des programmes	**Groupe cible**
1. Amélioration des connaissances, des attitudes positives et des capacités de la population en général en ce qui concerne les comportements sains et la nécessité de faire mesurer régulièrement sa tension artérielle.	▪ Ensemble de la population
2. Amélioration des connaissances, des attitudes positives et des capacités des personnes hypertendues en ce qui concerne les comportements sains et le contrôle de la tension artérielle.	▪ Personnes hypertendues et les membres de leur famille
3. Amélioration des connaissances, des capacités et des attitudes positives des fournisseurs de services de santé en ce qui concerne les comportements sains et de la détection et du traitement de l'hypertension artérielle.	▪ Fournisseurs de soins de santé
4. Augmentation du nombre de milieux communautaires, professionnels et scolaires favorisant l'adoption et le maintien de comportements sains.	▪ Santé publique ▪ Fournisseurs de services de santé. ▪ Organisations communautaires ▪ Gouvernements ▪ Secteur bénévole ▪ Milieux de travail, écoles ▪ Secteurs autres que la santé
5. Augmentation du nombre de milieux de soins de santé qui favorisent le contrôle de l'hypertension artérielle par les fournisseurs de soins de santé et les personnes hypertendues.	▪ Planificateurs des services de santé ▪ Gestionnaires des services de santé ▪ Fournisseurs de services de santé

	▪ Gouvernements ▪ Universités ▪ Organisations de professionnels de la santé
6. Diminution de la teneur en sel des aliments préparés préemballés et dans les restaurants.	▪ Industrie alimentaire ▪ Restaurants, cafétérias et restaurants de prêt-à-manger ▪ Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada
7. Augmentation de la recherche sur l'efficacité des interventions axées sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle.	▪ Chercheurs dans les universités, les organisations de services de santé, les organisations bénévoles et les gouvernement
8. Augmentation de la recherche sur la prévalence des facteurs de risque, de l'hypertension artérielle et du contrôle de l'hypertension artérielle dans la population.	▪ Chercheurs dans les universités, services de santé publique, organisations de services de santé, organisations bénévoles et les gouvernement
9. Collaboration accrue entre les organisations et la communauté dans la mise en œuvre d'interventions pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle.	▪ Consommateurs ▪ Santé publique ▪ Fournisseurs de services de santé ▪ Planificateurs de services de santé ▪ Gestionnaires de services de santé ▪ Universitaires et chercheurs ▪ Organisations communautaires ▪ Gouvernements ▪ Secteur bénévole ▪ Milieux de travail, écoles ▪ Secteurs autres que la santé – restaurants, loisirs, industrie alimentaire, etc.

Stratégies

Il sera possible d'obtenir les résultats à court et à long terme du programme par l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies à la fois pour le secteur de la santé et d'autres secteurs. Ces stratégies porteront sur les facteurs qui influent sur les comportements et les milieux associés à la prévention et au contrôle de l'hypertension artérielle.

Promotion de la santé communautaire

- Plaider en faveur de ***politiques publiques favorables à la santé*** tant dans les secteurs de la santé que dans les autres secteurs afin de soutenir des habitudes de vie saines.
- Encourager ***l'action communautaire*** axée sur l'adoption d'habitudes de vie saines et de la mesure régulière de la tension artérielle.
- Créer des ***milieux favorables*** dans les écoles, les milieux de travail et la communauté en vue de l'adoption d'habitudes de vie saines et de la mesure régulière de la tension artérielle.
- Offrir de ***l'information et de l'éducation*** au sujet de l'adoption d'habitudes de vie saines, de la mesure régulière de la tension artérielle et de l'observance de la pharmacothérapie prescrite.
- Faire participer les ***secteurs autres que la santé*** à la création de politiques, de programmes et de services qui favorisent la santé afin de soutenir les habitudes de vie saines et la détection et le contrôle de l'hypertension artérielle.

Services de santé

- ***Éduquer la population au sujet des habitudes de vie saines et de la prévention et du dépistage de l'hypertension artérielle*** en utilisant diverses méthodes dans le cadre des services de santé de première ligne destinés à la population de tous âges.
- ***Procéder au dépistage de l'hypertension artérielle chez tous les adultes (âgés de plus de 20 ans)*** au moins une fois tous les deux ans ou plus souvent, s'il y a lieu, dans le cadre des services de santé de première ligne ou dans le milieu de travail ou la communauté, si le dépistage fait partie d'un programme de suivi organisé.

- ***Évaluer les personnes dont les chiffres tensionnels sont élevés*** lors du dépistage à plusieurs reprises au cours d'une période de trois à six mois afin de pouvoir diagnostiquer l'hypertension artérielle.

- ***Chercher les causes médicales sous-jacentes*** de l'hypertension artérielle conformément aux guides de pratique clinique.

- Offrir une ***éducation intensive sur les habitudes de vie aux personnes hypertendues*** en tant qu'élément essentiel d'un plan de prise en charge de l'hypertension artérielle.

- Recommander ***l'adjonction d'une pharmacothérapie*** pour contrôler l'hypertension artérielle conformément aux guides de pratique clinique.

- Encourager les personnes hypertendues et leur famille à ***jouer un rôle actif*** dans la prise en charge de leur état et assurer une ***surveillance et un suivi*** afin de favoriser les changements de comportement nécessaires et de veiller à ce que les médicaments soient pris correctement.

- Organiser la ***prestation des services de santé*** pour faire en sorte qu'ils soient accessibles, efficaces et rentables, notamment en faisant appel à des équipes multidisciplinaires pour la fourniture des services, une équipe de services de santé de première ligne pour l'intervention initiale et le recours à des spécialistes, au besoin. Utiliser les technologies de l'information pour faciliter le dépistage et le suivi.

Appui du système

- Réclamer des ***ressources suffisantes*** pour mettre en œuvre l'initiative de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle.

- Élaborer et fournir des ***ressources éducatives*** sur les comportements sains et la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle à l'intention des personnes, des familles et des fournisseurs de services de santé.

- Élaborer et diffuser des ***guides de pratique clinique*** aux fournisseurs de soins de santé, y compris aux étudiants de premier cycle et des études supérieures, et aux professionnels en exercice. Fournir une éducation sur les façons efficaces d'aider les personnes hypertendues à adopter des habitudes de vie saines et à prendre leurs médicaments tels qu'ils ont été prescrits.

- Effectuer ***une surveillance, des recherches et une évaluation des programmes*** afin d'obtenir les données nécessaires pour le programme de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle.

- Maintenir ou créer ***des coalitions ou des réseaux*** à l'échelle locale/régionale, provinciale/territoriale et nationale afin de faciliter la planification, la collaboration et la communication ainsi que l'usage efficace des ressources à l'intérieur des secteurs de la santé et des autres secteurs.

Le lecteur trouvera à l'annexe A une liste d'activités possibles pour chacune de ces stratégies et chacun des objectifs.

Figure 24 Programme canadien de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle

MISE EN ŒUVRE : RECOMMANDATIONS

La Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle recommande les mesures suivantes pour abaisser la morbidité et la mortalité attribuables à l'hypertension artérielle au Canada.

1. Faire de la prévention et du contrôle de l'hypertension artérielle un objectif prioritaire des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

2. Fournir des fonds pour soutenir une coalition nationale dont feraient partie des professionnels de la santé, le gouvernement, l'industrie, les organisations bénévoles et tous les autres intéressés afin de coordonner la stratégie canadienne de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle.

3. Mener une campagne de sensibilisation de la population portant sur les facteurs de risque, le dépistage et les avantages du contrôle de l'hypertension artérielle.

4. Élaborer et mettre en œuvre des modèles pluridisciplinaires de services de soins de première ligne qui renforcent les pratiques préventives efficaces, y compris les programmes de réduction des facteurs de risque, de dépistage et de contrôle de l'hypertension artérielle qui utilisent la technologie de l'information pour faciliter la pratique fondée sur des preuves.

5. Offrir une formation continue aux fournisseurs de services de santé par l'entremise des associations professionnelles sur les guides de pratique clinique pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle.

6. Faire en sorte que la Direction générale de la protection de la santé négocie avec l'industrie alimentaire afin que celle-ci diminue la quantité de sel ajoutée aux aliments préparés et utilise des succédanés de sel ayant une plus faible teneur en sodium.

7. Promouvoir l'activité physique et une alimentation saine pour tous les groupes d'âge de la population afin de prévenir l'obésité.

8. Poursuivre les recherches sur les causes de l'hypertension artérielle et les traitements efficaces ainsi que l'évaluation des programmes de prévention et de contrôle.

9. Assurer une surveillance continue de l'hypertension artérielle à l'aide des sources de données existantes sur les problèmes de santé et en effectuant des enquêtes périodiques sur la population à l'aide des méthodes mises au point dans le cadre des enquêtes provinciales sur la santé cardiovasculaire.

BIBLIOGRAPHIE

Alderman MH, Lamport B. *Labeling of hypertensives: a review of the data*. J Clin Epidemiol. 1990;43:195-200.

Appel LJ et al. *A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure*. N Engl J Med 1997;336:1117-1124.

Arand A. *Arterial hypertension in Spain: the experience of the Spanish League*. J of Human Hypertension 1996;10:suppl 1:S73-75.

Association médicale canadienne. *Implementing CPG's: A Handbook for Practitioners*. Site Web de l'AMC.

Aubin M et al. *Effectiveness of a program to improve hypertension screening in primary health service*. JAMC 1994;150:4:509-515.

Bass M, McWinney IR, Donner A. *Do family physicians need medical assistats to detect and manage hypertension?* JAMC 1986;134:1247-1255.

Beilin LJ, Puddey IB, Burke V. *Alcohol and hypertension - kill or cure?* J of Human Hypertension 1996;10:2:51-55.

Butler-Jones D. *Communication personnelle*. Ministère de la Santé, Saskatchewan, 1999.

Campbell et al. *Lifestyle modifications to prevent and control hypertension: 1. Methods and an overview of the Canadian recommendations*. JAMC 1999;160 (9 Suppl):S1-S6.

Campbell NRC et al. *Blood pressure and alcohol: the evidence and recommendations*. Pour la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension, 1997.

Canada. Santé Canada. *Guide Canadien d'activité physique pour une vie active saine*. 1998

Canada. Santé Canada. *Le guide alimentaire canadien.*

Canada. Santé et Bien-être Canada. Groupe de travail fédéral provincial sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle au Canada. *Prévention et contrôle de l'hypertension au Canada*, 1986.

Canada. Statistique Canada, *Aperçu de l'enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995.*

Canada. Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996.*

Canada. Santé Canada. *Comité fédéral/provincial/territorial sur la santé de la population – Rapport final.* 1994.

Caro JJ et al. *Persistence with treatment for hypertension in actual practice*. JAMC 1999:160:1:31-7.

Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle. Recommandations de la Conférence canadienne sur les méthodes non pharmacologiques de contrôle de l'hypertension artérielle. Fondation des maladies du cœur du Canada, 1997.

Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle. *Progress in Hypertension Control: Proceedings of the 9th Annual Scientific Meeting of the Canadian Coalition of High Blood Pressure Prevention and Control.* Journal canadien de santé publique, 1994; Suppl 2.

Compte rendu de l'atelier sur l'épidémiologie de l'hypertension au Canada, Montréal, 1er et 2 mars, 1989.

Cook N, Cohen J, Hebert P, Taylor J, Henekens C. *Implications of small reductions in diastolic pressure for primary prevention.* Arch Intern Med 1995;155-701-9.

Davis DA, Thomson MA, Oxman AD and Haynes RB. *Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies.* JAMA 1995;274:9:700-705.

Douketis JD. Et al. Examen médical périodique, mise à jour de 1999 1. Détection, prévention et traitement de l'obésité. JAMC 1999;160:4:513-525.

Dustan HP et al. *Controlling Hypertension: A Research Success Story.* Arch Intern Med 1996;156:1926-1934.

Elford RW, JennetT P, Bell N, Szafran O, Meadows L. *Putting prevention into practice.* Health Rep 1994;6:142-153.

Ellis E, Koblin W, Irvine MJ, Legare J, Logan AG. *Small, Blue Collar Work Site Hypertension Screening: A cost-effectiveness study.* JOM 1994;36:3:346-355.

Ellis JL & Campos-Outcalt D. *Cardiovascular disease risk factors in Native Americans: A literature review.* Am J Prev Med 1994;10(5),295-307.

Feldman R et al. *Adherance to pharmacologic management of hypertension.* Dept. of Medicine, University of Western Ontario, 1998.

Fodor et al. *Adherence to Nonpharmacologic Therapy for Hypertension.* Document de synthèse. 1999

Fodor JG, Whitmore B, Leenen F, Larochelle P. *Lifestyle Modifications to Prevent and Control Hypertension: 5. Recommendations on dietary salt.* JAMC 1999;160(9 Suppl):S29-S34.

Fondation des maladies du cœur du Canada. *Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada.* Ottawa, Canada. 1997.

Fortmann et al. *Community intervention trials: reflections on the Stanford Five City Project Experience.* Am J Epidemiol 1995;142:6:576-586.

Gillum RF. *The epidemiology of stroke in Native Americans.* Stroke 1995;26,514-521.

Glassbrenner K. *Seeking `Indian-acceptable' ways to fight hypertension.* JAMA 1995; 254(14), 1877-1878.

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique : Guide canadien de médecine clinique préventive.* Groupe Communication Canada, Ottawa, Canada, 1994:563,720-735,1066-1076.

Gyarfas I. *Lessons form worldwide experience with hypertension control.* Journal of human Hypertension 1996;10:suppl 1:S21-25.

Haynes RB, Lacourciere Y, Rabkin SW, Leenen FHH, Logan AG, Wright N, Evans E. *Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 2. Diagnosis of hypertension in adults.* JAMC 1993;149(4):409-18.

He J, Whelton PK. *Epidemiology and Prevention of Hypertension.* Medical Clinics of north America 1997;81:5:1077-1097.

Heenkins CH. *Lessons from Hypertension Trials.* Amer J of Med 1998;104 (6A):50S-53S.

Hense H. *Successful modules of community hypertension control programs - Examples from the German National High Blood Pressure Programme.* J Hum Hypertens 1996;10(Suppl. 1):S13-6.

Howard BV. *Blood pressure in 13 American Indian Communities: The Strong Heart Study.* Public Health Reports, 1996,111(Suppl 2):47-48.

James WPT, Ralph A, Sanchez-Castillo CP. *The dominance of salt in manufactured food in the sodium intake of affluent societies.* Lancet 1987;1:426-9.

Joffres MR, Ghadirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamet P. *Awareness, treatment, and control of hypertension in Canada.* Amer J Hypertens 1997;10:1097-102

Karppanen H, Mervaala E. *Adherence to and population impact of non-pharmacological antihypertensive therapy.* J. of Human Hypertension 1996;10:Supl 1:S57-61.

Lackland DT. *An international working party on assessing hypertension control in populations: a proposal.* J Hum Hypertens 1996;10(Suppl. 1):S29-31.

Last JM. *A Dictionary of Epidemiology.* Oxford University Press, 1995:152-153.

Logan AG. *Dépistage de l'hypertension chez les jeunes adultes et les personnes d'âge mûr.* Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique

MacDonald S et al. *Multiple cardiovascular disease risk factors in adults.* JAMC 1992; June 1 Suppl:48-56.

MacMillan HL, MacMillan AB, Offord DR, Dingle JL (1996). *Aboriginal Health.* JAMC;155(1), 1569-1577.

McAlister EA et al. *Survey of clinician attitudes and management practices in hypertension.* J Hum Hypertension 1997, July;11(7):413-419.

McIntyre L, Shah CP. *Prevalence of hypertension, obesity and smoking in three Indian communities in Northwestern Ontario.* JAMC 1986, 134(4), 345-349.

Ogilvie RI, Burgess ED, Cusson JR, Feldman RD, Leiter LA, Myers MG. *Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 3. Pharmacologic treatment of essential hypertension.* JAMC 1993;149(5):575-84.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) Rapport d'un comité OMS d'experts de la lutte contre l'hypertension. *La lutte contre l'hypertension: Rapport d'un comité OMS d'experts, Genève,* 1996.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa, Canada, 1986.

Prochaska JO, Di Clemente CC. *Stages and process of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. J Consulting and Clinical Psychology 1983;51:3:390-395.

Prochaska, Diclemente *Stages of change theory*.

Province of Nova Scotia, Heart Health Nova Scotia. *The Nova Scotia Health Survey 1995*. Nouvelle-Écosse, 1996.

Puska P et al. *The North Karelia Project – 20 Year Results and Experiences*. Helsinki University Printing House, Helsinki, Finlande, 1995.

Riegelman RK, Stone AW, Kallenberg GAH. *Screening for Disease Control. In Putting Prevention into Practice*. Ed.: Riegelman and Povar. Little Brown and Company, 1988:29.

Rose G. *Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease*. BMJ 1981;282:1847-51.

Sanson-Fisher RW, Clover K. *Compliance in the Treatment of Hypertension: A Need for Action*. AJH 1995;8:82S-88S.

Shoveller, JA, langille DB. *Cooperation and Collaboration between a Public Health Unit and Midsized Private Industry in Health Promotion Programming: The Polymer Heart Health Program Experience*. CJPH 1993;84:3:170-173.

Smith HE, Herber CP. *Preventive practice among primary care physicians; relation to recommendations of the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*. CMAJ 1993; 149(12):1795-1800.

Société canadienne de l'hypertension. *Recommandations de 1999 pour le traitement de l'hypertension artérielle au Canada*. Sous presse.

Stachenko, Sylvie. *The Canadian Heart Health Initiative: a countrywide cardiovascular disease prevention strategy*. J Hum Hypertens 1996;10(Suppl.):S5-S8.

Stamler J et al. *Findings of the International Cooperative INTRERSALT Study*. Hypertension 1994;17(Suppl):I17-20

Stamler R. *Implications of the INTERSALT study*. Hypertension 1991:17:1:1017-1020.

Strasser T. *Auditing hypertension control and management: a position paper*. J Hum Hypertens 1996;10(Suppl. 1):S27-8.

United States. Laboratory Centre for Disease Control. *Using National Population Health Surveys 1994-95, 96-97*: Health Share file.

United States. US Department of Health and Human Services. *The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*, 1998.

United States. Centers for Disease Control and Pevention. *Guidelines for Evaluating Surveillance Systems*. On CDC WONDER. cwus@cdc.gov. Atlanta, USA.

United States. US Department of Health and Human Services. National Heart, Lung and Blood Institute. *Program Description.* National High Blood Pressure Prevention Education Program, 1999. Website: http://www.nlhbi.nih.gov/nhlbi/othcomp/opec/nhbpep/nhbp_pd.htm

United States. US Department of Health and Human Services. National Heart, Lung and Blood Institute. *Implementing recommendations for dietary salt reduction.* National High Blood Pressure Prevention Education Program, 1996.

ANNEXE A

Activités pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle au Canada

Exemples d'activités de promotion d'habitudes de vie saines pour prévenir l'hypertension artérielle.

Stratégie	Activités possibles	Public cible	Responsabilité
Promotion de la santé communautaire			
Politique publique favorable à la santé	▪ Activité physique – pistes cyclables, sentiers pédestres ▪ Logements satisfaisants à prix abordable ▪ Soutien financier pour les familles ▪ Réduction de la teneur en sel des aliments préparés préemballés et dans les restaurants	Grand public	Gouvernement local Industrie alimentaire et du sel Restaurants, cafétérias
Encourager l'action communautaire	▪ Groupe communautaire pour promouvoir l'activité physique (par exemple, la bicyclette) ▪ Les groupes d'entraide pour la gestion du stress	Grand public	Santé publique, organisations bénévoles, milieu de travail
Créer des milieux propices	▪ Étiqueter les aliments favorisant la santé cardiovasculaire dans les supermarchés ▪ Disponibilité d'aliments sains dans les milieux de travail et les écoles	Grand public	Industrie alimentaire Milieux de travail, écoles
Information et éducation	▪ Campagnes de marketing social ▪ Programme d'éducation sanitaire dans les écoles ▪ Ateliers communautaires ▪ Éducation en milieu de travail	Grand public	Santé publique, fournisseurs de soins de santé, infirmières en santé au travail
Services de santé			
Éducation en matière de prévention	▪ Discussion d'habitudes de vie saines lors des consultations des médecins/infirmières ▪ Orientation vers les programmes communautaires ▪ Programmes multidisciplinaires de soins de santé primaire pour le counseling individuel	Grand public	Fournisseurs de soins de santé (médecins, infirmières, diététistes, etc.)
Appui du système			
Formation continue des fournisseurs de soins de santé et élaboration de guides de pratique clinique et de ressources éducatives	▪ Élaboration de guides de pratique clinique pour le counseling sur les habitudes de vie ▪ Conférences, ateliers ▪ Fourniture de ressources à utiliser au cabinet du médecin ▪ Distribution d'information par Internet ▪ Éducation au niveau du premier cycle et des études supérieures	Fournisseurs des soins de santé Universitaires Étudiants	Universités, organisations professionnelles
Surveillance, recherche et évaluation des programmes	▪ Surveillance de la prévalence de l'hypertension artérielle dans la communauté ▪ Évaluation des programmes ▪ Recherche sur les interventions efficaces	Fournisseurs et gestionnaires de soins de santé Gouvernement	Universités, chercheurs, fournisseurs de services
Création d'un système	▪ Coalitions pour la santé cardiovasculaire	Organisations	p. ex. santé publique, bénévoles, industrie alimentaire, milieux de travail

Exemples d'activités visant à améliorer la détection précoce de l'hypertension artérielle dans la population en général

Stratégie	Activité	Public cible	Responsabilité
Promotion de la santé communautaire			
Politique publique favorable à la santé	• Les organisations professionnelles adoptent une politique officielle concernant le dépistage de l'hypertension artérielle et la communiquent à leurs membres et à la population.	Fournisseurs de soins de santé Grand public	Organisations professionnelles dans le domaine de la santé Gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux
Encourager l'action communautaire	• Les organisations de personnes âgées encouragent leurs membres à faire mesurer leur tension artérielle. • Les organisations locales encouragent le dépistage.	Grand public	Groupes communautaires
Créer des milieux propices	• Dépistage de l'hypertension artérielle dans les milieux de travail et orientation vers des fournisseurs de services de première ligne et suivi.	Grand public	Milieu de travail
Information et éducation	• Campagne de marketing social pour sensibiliser la population à l'hypertension artérielle et à la nécessité du dépistage.	Grand public	Organisations bénévoles, organisations professionnelles, santé publique, gouvernement
Services de santé			
Éducation en matière de prévention	• Éducation sur l'importance de l'hypertension artérielle et sur la nécessité du dépistage au moyen d'affiches, de brochures, de counselling, etc.	Grand public	Fournisseurs de services de santé de première ligne, spécialistes, hôpitaux
Dépistage par les fournisseurs de services de santé de première ligne	• Création d'un système de suivi pour les patients du médecin. • Définir le dépistage comme étant la responsabilité d'une personne dans le cabinet. • Procéder au dépistage systématiquement chez tous les patients. • Établir un système pour faire ressortir les résultats élevés au dépistage et se doter d'un système structuré d'éducation et de suivi.	Personnes travaillant au cabinet	Fournisseurs de services de première ligne
Appui du système			
Formation continue des fournisseurs de services de santé et élaboration de guides de pratique clinique et de ressources	• Diffusion des lignes directrices existantes. • Élaboration et diffusion de guides de pratique clinique pour la mise en œuvre d'un programme de dépistage.	Fournisseurs de services de santé	Organisations de professionnels de la santé Coalitions
Surveillance, recherche et évaluation des programmes	• Évaluation de l'activité des programmes de sensibilisation et de dépistage. • Surveillance des niveaux de sensibilisation de la population et de dépistage.	Fournisseurs et gestionnaires de services de santé, gouvernement	Chercheurs
Réseaux/coalitions	• Confier la tâche du dépistage précoce de l'hypertention artérielle aux coalitions pour la santé cardiovasculaire en milieu communautaire.	Toutes les personnes participant au programme	Coalitions pour la santé cardiovasculaire CCPCHA

Exemples d'activités visant à promouvoir le diagnostic exact ainsi que le traitement et le suivi optimaux des personnes hypertendues

Stratégie	Activité	Public cible	Responsabilité
Promotion de la santé communautaire			
Politique publique favorable à la santé	• Réclamer l'adoption de lois exigeant la réduction de la teneur en sel des aliments préparés. • Plaider en faveur de politiques publiques prévoyant un financement adéquat afin que les personnes qui ont besoin d'aide financière puissent recevoir les médicaments dont elles ont besoin.	Gouvernement fédéral Gouvernement provincial	Associations de professionnels de la santé, groupes communautaires, santé publique, coalitions pour la santé cardiovasculaire
Encourager l'action communautaire	• Programmes d'entraide pour le contrôle du poids.	Personnes hypertendues qui ont un surpoids	Fournisseurs de soins de santé
Créer des milieux propices	• Aménager des sentiers pédestres et des pistes cyclables.	Personnes hypertendues	Gouvernement local
Information et éducation	• Programmes d'éducation de groupes sur l'hypertension artérielle. • Programmes d'éducation en milieu de travail. • Éducation à la pharmacie lors de l'exécution d'ordonnances.	Personnes hypertendues	Fournisseurs locaux de soins de santé. Infirmières en santé au travail Pharmaciens
Services de santé			
Service de santé de première ligne	• Équipe multidisciplinaire comptant des diététistes, des psychologues, des infirmières. • Système de suivi structuré avec rappels par téléphone et lettre. • Éducation au moyen de bandes vidéo, de brochures, d'Internet, etc.	Personnes hypertendues	Fournisseurs de services de santé de première ligne Gouvernements provinciaux
Spécialistes	• Cliniques multidisciplinaires. • Système de suivi structuré avec rappels par téléphone et lettre. • Éducation au moyen de bandes vidéo, de brochures, d'Internet, etc.	Personnes hypertendues dont l'état ne peut être contrôlé par les services de santé de première ligne	Spécialistes, hôpitaux, gouvernements provinciaux
Appui du système			
Formation continue des fournisseurs des soins de santé et élaboration de guides de pratique clinique et de ressources	• Continuer de mettre à jour les guides de pratique clinique. • Des groupes de professionnels locaux peuvent se rencontrer pour discuter de la mise en œuvre des guides de pratique clinique dans leur communauté.	Fournisseurs de services de santé	Associations de professionnels de la santé Groupes locaux de fournisseurs de soins de santé
Surveillance, recherche et évaluation des programmes	• Enquêtes continues sur la prévalence de l'hypertension traitée et contrôlée. • Recherche sur l'efficacité des interventions.	Gestionnaires, associations bénévoles/ professionnelles gouvernement, chercheurs	Services locaux de santé publique, gouvernements provincial et fédéral.
Réseaux/coalitions	• Tous les fournisseurs de soins de santé du réseau local se rencontrent pour assurer la continuité entre le service de santé de première ligne, la pharmacie, le spécialiste, les organisations qui favorisent l'adoption d'habitudes de vie saines.	Toutes les personnes qui assurent la fourniture de services	Fournisseurs de soins de santé, gouvernement, organisations bénévoles, industrie pharmaceutique.